

FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA

EDUARDO ROBERTO DE FREITAS DA SILVA

**AVALIAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS
(DCNs) NO ESTÁGIO HOSPITALAR SUPERVISIONADO DO CURSO
DE ENFERMAGEM: IMPACTO NA FORMAÇÃO E NA
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

MARILIA

2013

Eduardo Roberto de Freitas da Silva

Avaliação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) no estágio hospitalar supervisionado do curso de Enfermagem: impacto na formação e na organização do trabalho

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em “Ensino em Saúde”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Ensino em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rinaldo Henrique Aguiar da Silva

Marília

2013

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa,
desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

Freitas da Silva, Eduardo Roberto

Avaliação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) no estágio hospitalar supervisionado do curso de enfermagem: impacto na formação e na organização do trabalho. - - Marília, 2013.

118 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) – Faculdade de Medicina de Marília.

1. Aprendizagem baseada em problemas. 2. Equipe de assistência ao paciente. 3. Competência profissional. 4. Necessidades e demandas de serviços de saúde. 5. Educação superior.

COMISSÃO EXAMINADORA

Eduardo Roberto de Freitas da Silva

Avaliação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) no estágio hospitalar supervisionado do curso de enfermagem: impacto na formação e na organização do trabalho

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em "Ensino em Saúde", da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre.
Área de concentração: Ensino em Saúde.

Comissão Examinadora:



Prof. Dr. Rinaldo H. Aguillar da Silva - Orientador
Faculdade de Medicina de Marília



Profa. Dra. Mariângela Ap. G. Figueiro
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de
Juiz de Fora



Profa. Dra. Teresa Cristina França Sartori Bernardo
Faculdade de Medicina de Marília

Data da aprovação: 31/07/2013

DEDICATÓRIA

Primeiramente a DEUS, que me deu forças e graças para prosseguir, mesmo frente a muitos obstáculos e forças alheias. A minha esposa ADRIANA, mulher amada, carinhosa, que dedicou muito de seu tempo para me apoiar alertando-me sobre a importância da conclusão deste trabalho. A AMANDA, filha adorável, amável, que muitas vezes me fez companhia durante minhas pesquisas.

Dedico com muito amor a minha Mãe, que durante toda sua vida lutou dignamente para que todos filhos tivessem uma vida de honestidade e amor ao próximo, muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu Orientador Professor Doutor Rinaldo Henrique Aguiar da Silva, pelas orientações incentivo e apoio e viver intensamente meu trabalho. Obrigado pela dedicação e pelo papel importante que teve nesta caminhada.

À minha turma de Mestrado, pelo prazer da convivência durante nossa formação.

Aos familiares e amigos que conquistei que são preciosos encontros dessa vida.

À Alessandra secretária da Pós-Graduação e demais funcionários do Curso de Pós Graduação “Mestrado Educação em Saúde” da Famema, que fazem desta instituição um lugar muito bom de estar. Clima indispensável para a condução dos estudos.

Aos funcionários e usuários do Complexo Famema, muito especialmente, a todos os enfermeiros colaboradores. O auxílio de todos foi de um valor inestimável, obrigado por tudo.

Ao Prof. Dr. Osni Lázaro Pinheiro, por suas valiosas colaborações.

A Profa. Dra. Teresa Cristina França Sartori Bernardo, pela riqueza de suas considerações que me instigaram a repensar minha pesquisa.

A Profa. Dra. Elane de Fátima Taipeiro pelas valiosas colaborações e auxílio na realização dos testes estatísticos.

Ao Prof. Dr. Pedro Marco Karan Barbosa pelas valorosas contribuições para meu crescimento.

Aos meus cunhados Ivanildo e Laura, que sempre me estenderam a mão quando precisei.

As minhas queridas amigas Heloisa, Cristina e Lucy, pela confiança, companheirismo, apoio e sugestões pertinentes durante a construção deste trabalho.

A bibliotecária Helena, pelo seu olhar cuidadoso e obrigado pelas observações apontadas.

Aos amigos e irmãos da Primeira Igreja Batista de Marília, principalmente membros da Célula Aleluia, que me auxiliaram e cederam à mão amiga nos dias em que a luz não brilhava tanto.

EPIGRATTE

Duas são as tarefas da educação. A primeira delas é ensinar o mundo que é, há um tempo, nosso corpo e nossa casa. A segunda tem a ver com despertar a alma para que o mundo não seja apenas um objeto de conhecimento, mas, acima de tudo, um objeto de deleite.

RUBEM ALVES

RESUMO

RESUMO

Com as mudanças efetuadas no currículo do Curso de Enfermagem da Famema, pretende-se possibilitar uma maior autonomia ao estudante, de modo que o mesmo desenvolva competências ligadas ao cuidado individual e coletivo, adotando um referencial que remeta às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi, avaliar e realizar uma reflexão crítica da formação e da prática profissional, durante o estágio hospitalar supervisionado, considerando a implantação das DCNs. Avaliamos como os referenciais pedagógicos da Aprendizagem Baseada em Problemas, Formação Interprofissional, Competências Profissionais e Necessidades de Saúde foram compreendidos por Enfermeiros e Estudantes. Verificou-se também: o trabalho em equipe interprofissional e a efetiva colaboração entre os envolvidos; a construção do conceito de identidade profissional; a percepção da responsabilidade sobre o doente. Os dados foram coletados no período de junho de 2012 por meio da adaptação da escala *Readiness Interprofessional Learning Scale* (RIPLS), com estudantes e professores envolvidos diretamente nos estágios supervisionados, na área hospitalar.

Palavras-chave: Aprendizagem baseada em problemas. Equipe de assistência ao paciente. Competências profissionais. Necessidades e demandas de serviços de Saúde. Educação superior.

ABSTRACT

ABSTRACT

With the changes made in the curriculum of the Nursing Course of FAMEMA, it is intended to enable greater autonomy to the student during the graduation, so that the student develops competency directly related to individual and collective patient care, adopting a reference that directs to the National Curriculum Guidelines (Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs). Thus, the aim of this was to assess and achieve a critical reflection of the education and work, of the students and collaborating professors (nurses) during the supervised training, considering the implantation of the DCNs. This aims at contributing to the knowledge and the transformation of the practice in the hospital care settings. Then, we assessed how the pedagogical reference of the Problem-Based Learning, Interprofessional Education, Professional Competency and Health Needs are understood by Nurses and Students; whether the curriculum developed enables team work and effective collaboration between the professors and students; whether the curriculum developed alters the concept formation of professional identity of the students when compared to the professors' knowledge; and whether the curriculum proposed alters the students' perception of the responsibility for the patient when compared to the perception of the collaborating professors. The data were collected in the month of June 2012 through the adaptation of the Readiness Interprofessional Learning Scale (RIPLS), with students of the 4th grade of the nursing course and collaborating professors involved directly in the supervised trainings, in the hospital area.

Key-words: Problem-based learning. Patient care team. Professional competence. Health services needs and demand. Education, higher.

LISTA DE QUADROS

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Gênero dos professores colaboradores e estudantes entrevistados. Marília, 2012.....	59
Quadro 2 – Idade dos estudantes e professores colaboradores entrevistados. Marília, 2012.....	59
Quadro 3 - Dados referentes área de atuação e supervisão de estágio hospitalar. Marília, 2012.....	60
Quadro 4 - Dados referentes a atuação e supervisão de estágio hospitalar em outras instituições. Marília, 2012.....	60

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Âmbito de formação. Marília, 2012.....	58
Gráfico 2 - Motivo que levou a ser professor colaborador. Marília, 2012.....	61
Gráfico 3 - Realizou capacitação introdutória para supervisão de estágio. Marília, 2012.....	62
Gráfico 4 - Aprendizagem Baseada em Problemas a assertiva afirma que a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) é um método de aprendizagem em que os estudantes se deparam inicialmente com um problema. Marília,2012.....	63
Gráfico 5 - Trabalho em equipe significa: uma modalidade de trabalho coletiva que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes. Marília, 2012.....	64
Gráfico 6 - Competência Profissional significa: a competência profissional em saúde é a capacidade circunstancial de mobilizar, articuladamente, os recursos cognitivos. Marília, 2012.....	65
Gráfico 7 - Necessidades de Saúde significa: necessidades de saúde poderiam ser aprendidas de forma bastante completa e uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos de necessidades. Marília, 2012.....	66
Gráfico 8 - Trabalho em Equipe significa: uma modalidade de trabalho coletiva que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Marília,2012.....	67
Gráfico 9 - Currículo Tradicional significa: tratar o conhecimento como um conjunto de conteúdos que são transmitidos pelo professor aos estudantes onde os mesmos são receptores de informações Marília, 2012.....	68
Gráfico 10 - Currículo Interdisciplinar significa: uma forma de trabalhar em sala de aula, no qual se propõe um tema com abordagem em diferentes disciplinas. Marília, 2012.....	69
Gráfico 11 - O trabalho junto com outros estudantes e enfermeiros durante o estágio me ajuda a tornar-me um membro efetivo de uma equipe de enfermagem. Marília, 2012.....	70

Gráfico 12 - Para o trabalho e aprendizagem os estudantes e enfermeiros precisam da confiança e do respeito uns dos outros. Marília, 2012.....	71
Gráfico 13 - Em um trabalho de equipe de as competências são essenciais para que todos possam aprender sobre as necessidades de saúde. Marília, 2012.....	72
Gráfico 14 - A aprendizagem e o trabalho compartilhado me ajudam a entender as minhas próprias limitações. Marília, 2012.....	73
Gráfico 15 -Os pacientes acabam tendo benefício para sua saúde quando os estudantes e os enfermeiros trabalham em conjunto para resolver os problemas. Marília, 2012.....	74
Gráfico 16 - Aprendizagem e o trabalho compartilhado aumenta minha vontade e capacidade para compreender as necessidades de saúde e os problemas clínicos. Marília, 2012.....	75
Gráfico 17 - Comunicação e habilidade devem ser aprendidas em conjunto entre estudantes e enfermeiros. Marília, 2012.....	76
Gráfico 18 - A aprendizagem e o trabalho conjunto em equipe de enfermagem me ajudam a comunicar-me melhor com pacientes e outros profissionais. Marília, 2012.....	77
Gráfico 19 - O trabalho em equipe de estudantes e enfermeiros durante o estágio melhora a minha percepção sobre o que é a profissão de enfermeiro. Marília, 2012.....	78
Gráfico 20 - A prática compartilhada entre estudantes e enfermeiros no estágio contribui para clarear a natureza dos problemas do paciente. Marília, 2012.....	79
Gráfico 21 - No cenário de trabalho sou capaz de construir meu perfil profissional observando a atuação de outros membros da equipe de enfermagem. Marília,2012.....	80
Gráfico 22 - Não quero desperdiçar meu tempo trabalhando/aprendendo durante o estágio com outros enfermeiros/estudantes. Marília, 2012.....	81
Gráfico 23 - Não é benéfico para a formação aprender junto com outros profissionais da área da saúde. Marília, 2012.....	82
Gráfico 24 - As competências para resolução de problemas clínicos são construídas durante o desenvolvimento do trabalho em equipe de enfermagem. Marília, 2012.....	83

Gráfico 25 - Atingir o diagnóstico será a minha principal função (objeto da clínica). Marília, 2012.....	84
Gráfico 26 - A minha principal responsabilidade será a de tratar o paciente (objeto da clínica). Marília,2012.....	85
Gráfico 27 - Para compreender o problema devo me colocar no lugar do paciente (situação do paciente). Marília, 2012.....	86
Gráfico 28 - O estabelecimento da confiança com os pacientes é importante para o meu trabalho (situação do paciente). Marília, 2012.....	87
Gráfico 29 - Devo tentar me comunicar com interesse pelos pacientes (situação do paciente). Marília, 2012.....	88
Gráfico 30 - Para o tratamento é importante pensar no paciente como uma pessoa (situação do paciente). Marília, 2012.....	89
Gráfico 31 - No estágio/trabalho é importante que existam habilidades de interação e cooperação nos pacientes (situação do paciente). Marília, 2012.....	90
Gráfico 32 - Para melhor atender o paciente devo verificar quais são suas necessidades de saúde. Marília, 2012.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS

E SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problema
C	Concordo
CAOIM	Centro de Atendimento a Obesidade Infantil de Marília
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF	Concordo fortemente
CFE	Conselho Federal de Educação
CMEI	Classes Municipais de Ensino Infantil
D	Discordo
DACA	Diretório Acadêmico Christiano Altenfelder
DAEM	Departamento de Água e Esgoto
DAEnf	Diretório Acadêmico de Enfermagem
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DF	Discordo Fortemente
DGES	Departamento de Gestão e Educação em Saúde
EMEF	Escolas de Educação Fundamental
EMEI	Escolas de Educação Infantil
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAIP	Faculdade de Ensino Superior do Interior Paulista
FAJOPA	Faculdade João Paulo II
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FATEC	Faculdade de Tecnologia
FUMES	Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília
HC	Hospital de Clínicas
MEC	Ministério da Educação e Cultura
N	Neutro
PA	Pronto Atendimento
PBL	Problem Based Learning
PROIID	Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCAF	Unidade Central de Assistência Farmacêutica
UCEM	Unidade Central de Esterilização de Materiais
UES	Unidade Educacional Sistematizada
UNI	Uma Nova Iniciativa
Unimar	Universidade de Marília
UPES	Unidade de Prevenção e Educação em Saúde
UPP	Unidade de Prática profissional
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	31
1 INTRODUÇÃO	33
1.1 Diretrizes Curriculares Nacionais	37
1.1.1 Histórico	41
1.1.2 Perfil do egresso	43
1.1.3 Competências e habilidades do enfermeiro.....	44
1.1.4 Conteúdos Curriculares	44
1.1.5 Estágios e atividades complementares	44
1.1.6 Acompanhamento do curso	45
1.2 Acompanhamento e avaliação da aprendizagem	45
2. OBJETIVOS	49
2.1 Objetivo Geral	50
2.2 Objetivo Específico.....	50
3. MÉTODOS	51
3.1 O contexto da Pesquisa	52
3.1.1 Caracterização Geral do Município	52
3.1.2 Caracterização Geral do Serviço de Saúde	53
3.2 Caracterização da Amostra e do Estudo.....	54
3.3 Local e População.....	54
3.4 Procedimentos da Coleta de Dados	55
3.5 Análise dos Dados	56
3.6 Aspectos Éticos	56
4. RESULTADOS.....	57
4.1 Caracterização da População e dados sócio demográficos	58
4.2 A Profissão	60
4.3 Conceitos Pedagógicos	62
4.4 Readiness Interprofessional Learning Scale (RIPLS)	69
4.4.1 Trabalho em Equipe e Efetiva Colaboração	69

4.4.2 Identidade Profissional	76
4.4.3 Responsabilidade sobre o doente	83
5 DISCUSSÃO	91
6 CONCLUSÃO	102
REFERÊNCIAS	105
ANEXO A – QUESTIONÁRIO	111
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	116
ANEXO C – RESULTADOS DA ESTATISTICA DESCRITIVA	118
ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA Famema	119

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Minha vida profissional iniciou-se como policial militar - dezembro de 1989 até setembro de 2004 - trabalhando na cidade de São Paulo como membro efetivo da Tropa de Elite de Ações Táticas. Em 1997, solicitei transferência para Marília, pois almejava atuar no serviço administrativo, para conseguir cursar a faculdade de Enfermagem.

Nesse mesmo ano ingressei no curso de Enfermagem da Universidade de Marília (UNIMAR), concluindo-o em 2000. Em seguida iniciei minha carreira profissional na área docente – de 2003 a 2006 - na mesma universidade. Em 2007 fui convidado para ser Enfermeiro Coordenador, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), da Santa Casa de Barretos.

No ano de 2008 fui aprovado no concurso para Enfermeiro assistencial do Hospital de Clínicas, da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), onde trabalho até a presente data.

Esta experiência na Famema me inspirou a pesquisar, em especial, temas relacionados à avaliação educacional, buscando uma relação entre a teoria e a prática real, vivida no ambiente hospitalar.

Diante desta inquietação, me inscrevi no processo de seleção para o Mestrado Profissionalizante que estava sendo implantado. Assim, de 2011 a 2013, pude colocar em prática o desejo de pesquisar o currículo, para estabelecer uma analogia entre o conhecido e o aprendido.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Em 1910, Abraham Flexner publicou um estudo no *Medical Education in the United States and Canadá - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (Relatório da Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino na Educação Médica dos Estados Unidos e Canadá). Após sua publicação, a repercussão, se estendeu para todos os continentes recomendando uma estruturação no ensino médico, propiciando um modelo que se fundamentasse nas Ciências Básicas e nos estudos clínicos. Após um século, o mesmo continua despertando polêmicas e debates.¹

Com esse relatório, avanços importantes abriram espaços para o surgimento de novas formas de perceber o processo de ensino aprendizagem, criando perspectivas para a formulação de abordagens educacionais que afastassem o modelo tradicional, e formassem bases empíricas para a construção do que viria a ser a mudança mais profunda já ocorrida na educação de profissionais de saúde.²

Desde então, constantemente tem ocorrido mudanças nas profissões ligadas à área da saúde, que, desde 1968, vem percorrendo um longo caminho sempre pautado nas inovações que Flexner provocou com seu relatório, até chegar ao primeiro programa de Aprendizado Baseado em Problemas. Este iniciou-se na escola de Medicina da Universidade de McMaster em Hamilton, Canadá, onde foram realizadas reformas na educação médica, por meio de um novo currículo que se baseava fundamentalmente no estudo de problemas.³

O Problem Based Learning (PBL), rapidamente ganhou adeptos em centros importantes de ensino superior de vários continentes. No Brasil, foi introduzido pela Famema nos cursos de Medicina e Enfermagem passando a ser conhecido por Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).⁴

A Famema, a partir dessa implantação, pretendeu formar enfermeiros e médicos dentro de um novo paradigma, para atuarem na área da saúde, atendendo às demandas indicadas no cenário nacional. Essa formação, objetivou que os profissionais formados possam ser críticos, capazes de refletir sobre o trabalho em saúde, com responsabilidade social, além de realizar o trabalho em equipe interprofissional buscando constantemente atualização.

No Brasil, a atual política de formação preconiza a aproximação de carreiras da área da saúde por meio da interprofissionalidade e da abordagem de necessidades de saúde.

Para que isto se efetive é prioritário discutir o referencial de necessidades de saúde. Estudiosos desta temática afirmam que estas, podem ser identificadas em dois conjuntos: um em que necessidade significa falta e outro em que o significado é o de aspirações. De acordo com Cecílio (2006)⁵, o conceito de necessidades de saúde tem a intenção de ajudar os trabalhadores de saúde/equipe/serviços/rede de serviços a fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam cuidados em saúde, tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas.

Em todas as mudanças curriculares no ensino de Enfermagem no Brasil, denuncia-se a predominância do modelo médico/hospitalar no ensino de graduação.⁵ Historicamente, a legislação sobre o ensino de Enfermagem desde a criação da Escola Anna Nery, compreendendo os currículos de 1923, 1949, 1962 e 1972, revela que a formação do enfermeiro era centrada no pólo indivíduo/doença/cura e na assistência hospitalar, seguindo o mercado de trabalho específico de cada época.

Este novo paradigma de Necessidades de Saúde, segundo Cecílio⁶, ajuda todos os profissionais, equipes e redes de serviços a fazer uma melhor escuta daqueles que necessitam de cuidados. Isso ocorre quando são colocadas as necessidades do paciente no centro das intervenções e práticas de saúde.⁷

A taxonomia de Necessidades de Saúde que Cecílio⁶ tem adotado é a de que elas poderiam ser agrupadas em quatro grandes conjuntos. O primeiro deles está relacionado à necessidade de ter boas condições de vida; o segundo o de se ter acesso a todos os tipos de tecnologias capazes de proporcionar maior qualidade e prolongamento da vida; o terceiro grupo preza o estabelecimento de vínculos afetivos e efetivos entre profissional de saúde/equipe e pacientes; e o quarto na necessidade de autonomia do paciente.⁸

Do ponto de vista acadêmico isto se efetiva quando os projetos pedagógicos integram diferentes aspectos, destacando-se a articulação teoria e prática. Esta integração se traduz com a possibilidade de oferecer aos estudantes uma aproximação com o mundo do trabalho, desde o início de sua formação, com a intenção de reconhecimento e transformação de uma prática profissional. Estas

ideias correspondem às propostas de organização do currículo por competência profissional, que vem sendo implantado na Famema.

Assim, para facilitar o desenvolvimento desta estratégia, a Famema optou por utilizar metodologias ativas de ensino aprendizagem que pautam-se na concepção crítica da educação, utilizando-se da Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas.

Nesta perspectiva, pressupõe-se que o conhecimento seja construído a partir da prática profissional, ou seja, que a aproximação entre teoria e prática traga efetiva condição de significados, e que habitualmente seja relacionado a conhecimentos já existentes, o que torna a aprendizagem significativa.

As metodologias ativas de ensino aprendizagem caracterizam-se pelo trabalho em pequenos grupos e pela construção coletiva do conhecimento, que ocorre por meio do estímulo a busca qualificada e diversificada de informação, da análise do material consultado, e do desenvolvimento de habilidades de auto-avaliação coletiva, individual e dos pares.⁶

Em 1997, a Famema iniciou o desenvolvimento da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) para o curso médico, e para o curso de Enfermagem o início se deu em 1998. A partir desta mudança o currículo passou a ter uma constante avaliação, o que permitiu outras transformações por meio de um processo de construção coletiva e democrática, afinada às necessidades e requerimentos da sociedade e atualizada em função da evolução de ciência e tecnologia.⁷

Algumas destas transformações ocorreram em virtude da promulgação das DCNs para os cursos da área da saúde lançadas no ano de 2001, que indicaram uma concepção mais ampla de saúde e estabeleceram como horizonte desejável para a organização dos cursos, os currículos integrados, que possibilitassem a superação da organização disciplinar e a articulação de várias disciplinas em torno de temáticas relevantes e estimulantes. Apontou também como uma necessidade, um papel ativo dos estudantes no processo de ensino aprendizagem propondo uma mudança de ênfase nos conteúdos para o processo de aprendizagem ativa e independente e a superação da dicotomia entre teoria e prática, valorizando o trabalho articulado com os serviços de saúde e populações.⁷

Para responder às DCNs do curso de Enfermagem, a Famema optou pela utilização do paradigma de formação por competências profissionais, sendo definida como a capacidade circunstancial de mobilizar, articuladamente, os recursos

cognitivos, psicomotores e afetivos, visando à abordagem ou resolução de uma situação complexa de vigilância de saúde individual ou coletiva, e gestão de trabalho. Este conceito relaciona três aspectos importantes: o primeiro refere-se à capacidade de entender a competência como uma capacidade do sujeito – ser capaz de; o segundo é ligado ao verbo mobilizar, que significa movimentar força interior, o que é diferente de deslocar, que seria transferir de um lado para o outro; finalmente o terceiro que está ligado à palavra recursos, que aqui se refere aos processos cognitivos, psicomotores e afetivos. Além disso, o conceito está também vinculado à sua finalidade, ou seja, a abordagem e resolução de situações complexas.⁷

A partir do ano de 2009 o currículo de Enfermagem nas séries iniciais (2 primeiros anos) passou a ter a seguinte estruturação: Unidade Educacional Sistematizada (UES), Unidade de Prática Profissional (UPP) e Unidade Educacional Eletiva. Foram mantidos os pressupostos curriculares da formação por competências profissionais e interprofissional. Estabeleceu-se também ligado à UPP, o Laboratório de Práticas Profissionais onde os estudantes de Enfermagem e Medicina aprendem e trabalham juntos numa referência ao cumprimento das DCNs.⁸

1.1 Diretrizes Curriculares Nacionais

Competências Gerais:⁹

- Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.⁹

Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo;⁹

- Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de

procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada;⁹

- Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;¹⁶

- Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;⁹

- Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;¹⁶

- Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.⁹

Competências e Habilidades Específicas:

O Enfermeiro deve possuir, também, competências técnico-científicas, ético políticas, sócio-educativas contextualizadas que permitam:¹⁰

- atuar profissionalmente compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;¹⁰

- incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;¹⁰

- estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;²⁵

- desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;¹⁰

- compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;¹⁰
- reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;¹⁰
- atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;¹⁰
- 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;¹⁰
- reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;¹⁰
- atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;¹⁰
- responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;¹⁰
- considerar a relação custo-benefício nas decisões dos procedimentos na saúde;¹⁰
- reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;¹⁰
- assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.¹⁰

A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Esta formação tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para a competência em:⁹

- promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;⁹
- usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;⁹

- atuar nos diferentes cenários da prática profissional considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;⁹
- identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;⁹
- intervir no processo de saúde-doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;⁹
- prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;⁹
- compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;⁹
- integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;⁹
- gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;⁹
- planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;⁹
- planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;⁹
- desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;⁹
- respeitar o código ético, os valores políticos e os atos normativos da profissão;⁹
- interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;⁹
- utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;⁹
- participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;⁹
- reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.⁹

Estas competências e habilidades são básicas e subsidiárias das ações do enfermeiro nos diferentes âmbitos de atuação, constituindo o núcleo essencial da prática do enfermeiro generalista a partir do qual poderão advir outras ações conforme o projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem, cabendo-lhe a coordenação do processo de cuidar em enfermagem considerando contextos e demandas de saúde:· correlacionando dados, eventos e manifestações para determinações de ações, procedimentos, estratégias e seus executantes; implementando ações, procedimentos e estratégias de enfermagem avaliando a qualidade e o impacto de seus resultados; promovendo, gerando e difundindo conhecimentos por meio da pesquisa e outras formas de produção de conhecimentos que sustentem e aprimorem a prática; · assessorando órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde.⁹

1.1.1 Histórico

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação (DCNs) visam proporcionar às Instituições de Ensino Superior (IES) um direcionamento para a implantação e a implementação dos projetos político-pedagógicos. Não são fórmulas prontas, já que o contexto sócio-político-cultural que envolve cada IES fala mais alto e exige inovadoras formas de saber, fazer e ser. Para compreendermos as DCNs do Curso de Graduação em Enfermagem, é necessário relatar brevemente como transcorreu a elaboração das DCNs no Brasil.

11

O processo de discussão das DCNs se iniciou com a publicação do Edital nº 4/97, que convocava as IES à apresentação de suas propostas que, depois de sistematizadas pelas Comissões de Especialistas de Ensino (CEE) de cada área, seriam encaminhadas ao Conselho Nacional de Educação (CNE). Assim, a discussão mobilizou uma ampla parcela da comunidade com o objetivo de conferir legitimidade ao processo.¹²

A partir de dezembro de 1998, as primeiras propostas sistematizadas foram divulgadas na Internet com a finalidade de suscitar sugestões e críticas ao documento inicial. Além do debate eletrônico, as áreas promoveram encontros e seminários em todo o país para a consolidação das propostas.¹²

A Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação – SESu/ MEC recebeu as sugestões e as críticas sobre os documentos para que fossem agregadas à versão final a ser divulgada na Internet e, posteriormente, encaminhadas ao CNE. Todo esse processo estendeu-se por dois meses em cada uma das áreas. As diretrizes gerais foram encaminhadas separadamente das discussões de cada curso para facilitar a análise pelo CNE.¹²

Uma das metas das DCNs é conferir maior autonomia às IES na definição dos currículos de seus cursos. Para isso, explicitam as competências e habilidades que devem ser desenvolvidas por meio de um modelo pedagógico capaz de adaptar-se à dinâmica das demandas sociais, no qual a graduação constitui etapa inicial de formação no processo de educação permanente.¹²

Especificamente para o Curso de Graduação em Enfermagem, a elaboração das diretrizes curriculares contou com a participação direta da Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Buscou embasamento nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na visão da saúde-doença como processo e seus determinantes históricos, sociais, econômicos e políticos, como elementos nucleares dessa construção coletiva e democrática.¹³

E, como desfecho de todo esse processo, a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação por meio da Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001, instituiu as Diretrizes Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem. O documento apresenta um total de 16 artigos, subdivididos em vários parágrafos que norteiam a organização, o desenvolvimento e a avaliação dos projetos pedagógicos das Instituições do Sistema de Ensino Superior do Brasil.¹²

As DCNs sinalizam caminhos em cuja essência está embutido um sentido de intencionalidade, ou seja, uma posição filosófica a ser assumida pelos formadores de recursos humanos para os quais ela é dirigida.¹⁴ Para estes autores, uma resolução se transforma num instrumento eficaz de trabalho e de mudança social e política quando o grupo ao qual ela se destina vive ou tenta viver nas dimensões de uma comunidade, fruto do engajamento consciente com os problemas com os quais está envolvido.¹³

O conhecimento da história da construção coletiva das DCNs para o Curso de Graduação em Enfermagem gera motivação para buscarmos o latente, o não-aparente e o novo nela contido, objetivando oferecer contribuições para o

enriquecimento do debate entre os atores do processo de formação de recursos humanos na área da saúde: os diretores, os coordenadores dos cursos de enfermagem, os docentes, os discentes, a comunidade e os profissionais de saúde dos campos de estágio supervisionado, entre outros.¹¹

Entendemos que as DCNs do Curso de Graduação em Enfermagem constituem uma superestrutura política e ideológica que direciona a formação dos recursos humanos para o SUS. A análise dessa superestrutura faz-se necessária para que possamos “caminhar” na compreensão da “totalidade orgânica” da educação na área da Enfermagem no Brasil.¹¹

1.1.2 Perfil do egresso

Dentre os vários pontos importantes das DCNs encontra-se o Art. 3º que diz respeito ao perfil do formando, egresso/profissional: Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.¹⁵

Há necessidade de fortalecimento e ampliação dos processos de mudança da graduação de modo a formar profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde (SUS), para tanto se torna importante dar-se relevância às questões epidemiológicas do local e entorno de inserção do curso de graduação em enfermagem.¹⁶

A diversificação de cenários de prática, ampliação dos tempos de prática e aproximação ao SUS, além da orientação do perfil ético e humanístico dos profissionais e à multiprofissionalidade, em especial com o caráter interdisciplinar, direcionarão o futuro enfermeiro a não só conhecer o perfil epidemiológico, mas tornar-se um interventor desse perfil, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.¹⁷

1.1.3 Competências e habilidades do Enfermeiro

Este conjunto compreende, de igual forma, os aspectos científicos, técnicos e sociovalorativos que correspondem, respectivamente, aos temas *Aprender a aprender*, *Aprender a fazer* e *Aprender a ser e viver junto*. Entretanto, percebemos que existe um maior número de aspectos técnicos nas DCNs do Curso de Graduação em Enfermagem, o que expressa de forma implícita a lógica do capital.¹¹

Na formação em Enfermagem, a abordagem das competências já vem sendo discutida há alguns anos em razão da regulamentação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. As competências devem ser compreendidas como uma das ferramentas de reorganização da formação para atender às demandas deste tempo de mudanças e verdades instáveis.¹⁷

1.1.4 Conteúdos curriculares

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem.⁹

Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.⁹

Este conjunto de competências deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.⁹

1.1.5 Estágios e Atividades Complementares

Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no

currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades.¹⁰

Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio, de mínimo 500 horas, realizado nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.¹⁰

As atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o Curso de Graduação em Enfermagem e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância.⁹

1.1.6 Acompanhamento do Curso

O Curso de Graduação em Enfermagem deverá 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.⁹

A aprendizagem deve ser interpretada como um caminho que possibilita ao sujeito social transformar-se e transformar seu contexto. Ela deve ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela ação-reflexão-ação e que aponta à resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas.⁹

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.⁹

1.2 Acompanhamento e Avaliação da Aprendizagem

A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares de enfermagem deverão ser acompanhados e permanentemente avaliados, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários a sua contextualização e aperfeiçoamento.⁹

O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do

próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação definido pela IES à qual pertence.⁹

Essa idéia de que avaliar o processo de ensino e de aprendizagem não é uma atividade neutra ou destituída de intencionalidade nos faz compreender que há um estatuto político e epistemológico que dá suporte a esse processo de ensinar e de aprender que acontece na prática pedagógica na qual a avaliação se inscreve.⁹

Portanto, o resultado positivo mediante os objetivos propostos norteia o perfil profissional de todo educador. Ele se propõe a estabelecer uma estreita ligação entre os educandos de modo que esses apreendam os conteúdos de forma satisfatória.

Nunca se falou tanto de avaliação como atualmente. De fato, esta área estabelece uma das vertentes abordadas nos estudos realizados durante o período de experimentação da reforma educativa.

O ato de avaliar traz em seu interior ações que produzem o valor de algo ou de alguém, bem como maneira que apreciam ou estimam o merecimento de algo ou de alguém. Assim, a avaliação agrega o cotidiano da humanidade desde os seus primórdios, pois o ser humano é avaliado dia-a-dia de diferentes formas e segundo os mais variados critérios, alicerçados geralmente em pensamentos e objetivos coerentes ao momento e ao contexto.¹⁶

Quase tudo pode ser objeto de avaliação, constituindo a avaliação das aprendizagens uma parte da avaliação do sistema educativo.¹⁸

Começou a falar-se na avaliação aplicada à educação com Tyler³³, considerado como o pai da avaliação educacional. Ele encara-a como a comparação constante entre os resultados dos alunos, ou o seu desempenho e objetivos, previamente definidos. A avaliação é, assim, o processo de determinação da extensão com que os objetivos educacionais se realizam.

No ensino superior, a prática pedagógica da avaliação é considerada uma área de pesquisa com baixa produção e pouco reconhecimento. Ainda que a comunidade acadêmica vivencie quotidianamente as ações e consequências da avaliação, apenas alguns pesquisadores registram, em seus estudos, reflexões e análises das problemáticas advindas do processo de ensino, aprendizagem e avaliação.¹⁹

A avaliação nos diferentes espaços de produção do conhecimento, têm sido tradicionalmente considerada como um fator que ocorre no final do processo de

produção do conhecimento. Sob esta ótica, foi fundamental perceber que a avaliação ocorre no decorrer de todo processo ensino aprendizagem.¹¹

Dessa forma, pode-se falar em três modalidades de avaliação: diagnóstica, formativa e somativa.

A avaliação diagnóstica é baseada em averiguar a aprendizagem dos conteúdos propostos e os conteúdos anteriores que servem como base para criar um diagnóstico das dificuldades futuras, permitindo então resolver situações presentes.²⁰

A avaliação formativa, visa mostrar ao professor e ao aluno o seu desempenho na aprendizagem bem como no decorrer das atividades escolares, oportunizando localizar as dificuldades encontradas no processo de assimilação e produção do conhecimento, possibilitando ao professor correção e recuperação.²¹

A avaliação somativa detecta o nível de rendimento realizando um balanço geral, no final de um período de aprendizagem, podendo classificar de acordo com o nível de aprendizagem.²⁰

Uma das questões fundamentais da educação superior tem sido a incorporação efetiva dos conhecimentos disponíveis da educação de adultos, em que o que impulsiona a aprendizagem é a superação de desafios, resolução de problemas e a construção do conhecimento novo a partir dos conhecimentos e experiências prévias dos indivíduos.²²

Observando o mundo atual, em constante mudança, o ensino tradicional, que centra o aprendizado no professor e tem como sua principal meta a transmissão de conhecimentos para o aluno, não encontra mais suporte, pois o conhecimento nada vale se estiver isolado da capacidade de resolver novos problemas que surgem diariamente.²³

Neste enfoque, as metodologias de ensino ativo têm maior adequação ao perfil de profissional que se almeja formar, uma vez que incentiva a busca ativa de informações, o trabalho em equipe e em pequenos grupos, favorecendo a análise crítica das fontes consultadas, desenvolvendo a habilidade de avaliação do estudante quanto ao crescimento individual e do grupo e proporcionando o reconhecimento da importância da inter-relação com o outro na construção do conhecimento.²³

Assim, a aprendizagem pode ser interpretada como um caminho para transformar-se e transformar o contexto. O estudante passa a ser sujeito da

aprendizagem, adquirindo liberdade com responsabilidade, e o professor também é visto como sujeito no processo de construção da prática profissional e da prática pedagógica.²³

As metodologias ativas de aprendizagem potencializam as chances de que ocorra uma aprendizagem significativa, quando o estudante relaciona uma nova informação à rede de significados que já possui e que constitui sua estrutura cognitiva. Ao realizar tal aprendizagem, o estudante assimila os significados relativos ao novo conteúdo. O material assimilado sofre sempre alterações, sendo alguns aspectos menos relevantes modificados ou esquecidos. O objeto da aprendizagem deve caracterizar-se pela relevância e por possibilitar ao aluno novas construções. As preocupações dos docentes com a construção de significados para os estudantes são pessoais e resultam da convergência de inúmeros fatores de natureza particular e interpessoal. O equilíbrio pessoal do estudante, seu autoconhecimento e suas expectativas, experiências anteriores de aprendizagem, aceitação de riscos e desafios são alguns aspectos marcantes na sua disposição para aprender.²⁴

As ações educativas desenvolvidas na Famema têm como finalidade preparar os indivíduos para a ação social, articulando os propósitos educacionais às necessidades políticas, sociais, individuais e coletivas da população, avaliando constantemente a Estrutura, os Processos e os Resultados.

Percebe-se, assim, que o ato de avaliar é amplo e não se restringe ao único objetivo, vai além da medida, posicionando-se favorável ou desfavorável à ação avaliada, propiciando uma tomada de decisão.

Observa-se, que avaliar demanda refletir, planejar e atingir objetivos, tendo como propósito o entendimento que o ato avaliativo articula-se ao processo educativo, social e político.

OBJETIVOS

2 Objetivo

2.1 Objetivo geral

Avaliar a compreensão, de professores e estudantes, acerca dos referenciais pedagógicos descritos nas DCNs, durante o desenvolvimento das atividades de estágio hospitalar supervisionado.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar o grau de concordância conceitual dos referenciais pedagógicos: aprendizagem baseada em problemas; formação interprofissional; competências profissionais; necessidades de saúde;
- Verificar o entendimento de trabalho em equipe e a efetiva colaboração entre os professores e os estudantes;
- Comparar o entendimento do conceito de construção da identidade profissional dos estudantes com o dos professores;
- Verificar se o currículo prescrito altera a percepção da responsabilidade sobre o doente para os estudantes e professores;
- Realizar uma reflexão crítica acerca do trabalho interprofissional desenvolvido considerando os resultados encontrados.

3. MÉTODOS

3. MÉTODOS

Esta pesquisa descreve resultados quantitativos, que segundo Conrandriopoulos²⁵ significa examinar através de um procedimento científico as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção que pretende aproximar-se de uma realidade com a finalidade de conhecê-la.²⁶

3.1 O Contexto da Pesquisa

3.1.1 Caracterização Geral do Município

Marília foi fundada em 04/04/1929 e está situada no Centro Oeste Paulista, na parte mais ocidental da Serra de Agudos a 49°56'46'' de longitude e 23°13'10'' de latitude sul e fica a uma distância de 376 km, em linha reta, da Capital do Estado, com taxa de urbanização de 93,4%. Sua área é de 1.194 Km², sendo 76 Km² de área urbana e 1.118 km² de área rural. Tem uma altitude de 650 m e sua topografia descreve uma região montanhosa. De clima temperado, tropical de altitude, com estações bem definidas, inverno seco e verão úmido.²¹

Conta, ainda, com 01 (uma) Faculdade de Teologia – Faculdade João Paulo II (FAJOPA), 03 (três) Universidades – UNIMAR, UNIVEM e UNESP, 01 (uma) Autarquia Estadual de Ensino Superior - com os cursos de Medicina e Enfermagem – Famema e 01 (uma) Faculdade de Tecnologia (FATEC) e a Faculdade de Ensino Superior do Interior Paulista (FAIP). Vale ressaltar, que a presença de Universitários em Marília tem importância não só em relação à economia local, quanto na apropriação do espaço urbano, pois este elevado número de estudantes demanda um incremento na oferta de serviços, principalmente no mercado imobiliário.²¹

Na área de Assistência Social o município possui programas voltados à população de rua, crianças e adolescentes (Casas do Pequeno Cidadão), aos idosos (Centro do Idoso) e às mulheres vítimas da violência (Casa do Abrigo).²¹

É considerada pólo nacional na área alimentícia, devido ao grande número de indústrias, cerca de 100, voltadas à produção de massas, balas, doces e biscoitos, participando em torno de 12% da produção nacional do gênero.²¹

3.1.2 Caracterização Geral dos Serviços de Saúde

O município de Marília constitui-se em um centro de referência regional para atendimento clínico/cirúrgico hospitalar em média e alta complexidade. Integram a assistência hospitalar que oferecem atendimento no âmbito SUS no município os hospitais: Santa Casa de Misericórdia de Marília, Hospital São Francisco, Maternidade Gota de Leite, Hospital Espírita de Marília, Hospital Universitário da UNIMAR que estão sob a gestão do próprio município e o Hospital das Clínicas que atualmente se encontra sob a gestão do Estado e é o principal campo de formação de estudantes do curso de Enfermagem da Famema.²¹

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília – Unidade Clínico Cirúrgica constitui-se em uma Unidade Hospitalar de assistência e ensino que integra a rede de atenção à saúde do DRS IX, cuja área de abrangência inclui 62 municípios, agrupados em 5 microrregiões (Marília, Assis, Ourinhos, Adamantina e Tupã) totalizando uma população estimada em 1.200.000 habitantes. Está alocado em prédio cedido pela Secretaria Estadual da Saúde e possui uma arquitetura que respeita os padrões de construção do final da década de 50. Tem 14.088 m² de área construída e 8.587 m² de área livre, totalizando 22.675 m² e está localizado na região sul da cidade.²⁷

O Hospital é utilizado como cenário de ensino-aprendizagem para a Faculdade de Medicina e Enfermagem, além de disponibilizar campo de estágio para vários outros cursos da área da saúde de nível superior e técnico, contribuindo assim com a formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS).²⁷

O HC I é unidade referência para atenção especializada nos diferentes níveis de complexidade, operacionalizando 111 leitos hospitalares, sendo 24 leitos distribuídos em duas Unidades de Terapia Intensiva. Realiza em média 6.000 internações/ano e 5.000 cirurgias/ano. Presta atendimentos nas diferentes especialidades clínicas e cirúrgicas, incluindo doenças infecto contagiosas. É habilitado como CACON, prestando assistência especializada de Alta Complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Conta com serviços de Quimioterapia e Radioterapia.²⁷

Integra ainda a rede de hospitais que compõe o Sistema Nacional de Captação de Órgãos e Tecidos.²⁷

O HC I tem em sua estrutura uma Unidade de Urgência e Emergência constituindo-se em porta de entrada para as urgências/emergências clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas, ortopédicas e neurocirúrgicas dentre outros. Está inserido na Rede de Urgências loco-regional, como o componente hospitalar. O HC I fica localizado na Rua Aziz Atallah s/nº - Bairro Fragata C - CEP 17519-101 em Marília – São Paulo Telefone: (14) 3402-1744, Fax: (14) 3402-1836 e-mail: dirhc@famema.br.²⁷

O serviço de saúde público na cidade de Marília é composto por uma rede de *atenção básica* municipalizada composto pelas: UBS (Unidade Básica de Saúde), USF (Unidade Saúde da Família), PA (Pronto Atendimento) e uma rede de atendimento *médico hospitalar* de média e alta complexidade dividida entre o setor público estadual (Complexo Famema) e setor privado conveniado ao sistema SUS (Sistema Único de Saúde) com o apoio da Santa Casa de Marília e em parte pelo ABHU (Associação Beneficente Hospital Universitário) Unimar.²¹

3.2 Caracterização da Amostra e do Estudo

A amostra foi definida com a totalidade dos alunos regularmente matriculados no 4º ano do curso de enfermagem realizando estágio no cenário hospitalar (n=15) e professores colaboradores (n=15).

Tratou-se de uma pesquisa do tipo Exploratória, Descritiva, Transversal e de Campo utilizando a abordagem quantitativa, cujo percurso metodológico se baseou nos procedimentos clássicos por meio da aplicação de questionários com questões fechadas.

3.3 Local e População

O campo é o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, ao objeto de estudo, este compreende o contexto onde se desenvolve o objeto, sendo o espaço onde serão obtidos os dados empíricos sobre o mesmo.¹⁷

Assim os locais do estudo foram às três unidades do Hospital de Clínicas do Complexo Famema (HC I, II e III). Nas unidades I e III a pesquisa foi desenvolvida em Unidades de Internação Clínico-Cirúrgica e na unidade II os

setores foram a Unidade de Internação Pediátrica, Unidade de Internação Obstétrica e Unidade de Internação Ginecológica.

Os dados foram coletados utilizando-se nesta etapa a adaptação da escala *Readiness Interprofessional Learning Scale* (RIPLS)²⁸, onde as assertivas foram graduadas por meio da Escala Likert: (CF) Concordo Fortemente, (C) Concordo, (N) Neutro, (D) Discordo e (DF) Discordo Fortemente. Para tanto, foram elaboradas 29 questões estruturadas abordando os aspectos do currículo e do trabalho desenvolvido durante o estágio na área hospitalar contendo 4 (quatro) categorias: Referencial Pedagógico, Trabalho em Equipe e Efetiva Colaboração, Identidade Profissional e Responsabilidade sobre o Doente.

A versão adaptada ao português da RIPLS foi validada e pode ser utilizada no contexto brasileiro constituindo uma boa ferramenta tanto para a avaliação de experiências de EIP como para o desenvolvimento de estudos comparativos entre o cenário nacional e internacional. Tais investigações contribuirão para o adensamento da EIP e do trabalho em equipe, reconhecidos no cenário global como componentes da qualidade da formação profissional e da atenção à saúde.²⁸

3.4 Procedimentos da coleta de dados

Inicialmente foi realizado um levantamento junto à secretaria de ensino da Famema dos estudantes matriculados na 4ª série de Enfermagem que estavam passando por estágio na área hospitalar no ano de 2012, assim como os professores que acompanhavam esses alunos.

Para a aplicação dos questionários orientamos previamente os 30 entrevistados. Os questionários (Anexo A) foram respondidos durante o turno de estágio dos alunos e expediente dos professores, após a exposição do projeto de pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do instrumento de coleta de dados a ser aplicado.

Os instrumentos de coleta de dados foram organizados em duas partes: sendo a primeira o levantamento de dados sócio-demográficos, identificando as seguintes variáveis: idade, gênero, ano letivo (série), ano e local da graduação e a segunda, composta de um questionário com 29 assertivas em escala de Likert.

A escala Likert é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, e é a escala mais usada em pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os perguntados especificam seu nível de concordância com uma afirmação. Esta escala tem seu nome devido à publicação de um relatório explicando seu uso por Rensis Likert.²⁹

3.5 Análises dos dados

Os dados obtidos através dos questionários foram compilados em uma planilha do programa Excel[®] ano 2007. As variações entre os grupos (acadêmicos de enfermagem e professores colaboradores) foram comparadas por meio do teste de Kruskal-Wallis para verificar a significância estatística e determinar o grau de confiança de aceitação ou rejeição de hipóteses. O valor de significância adotado foi $p < 0,05$ de acordo com Siegel.³⁰

3.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Famema e aprovada sob nº 1425/2011 (Anexo D).

Anexo B: termo de consentimento livre e esclarecido.

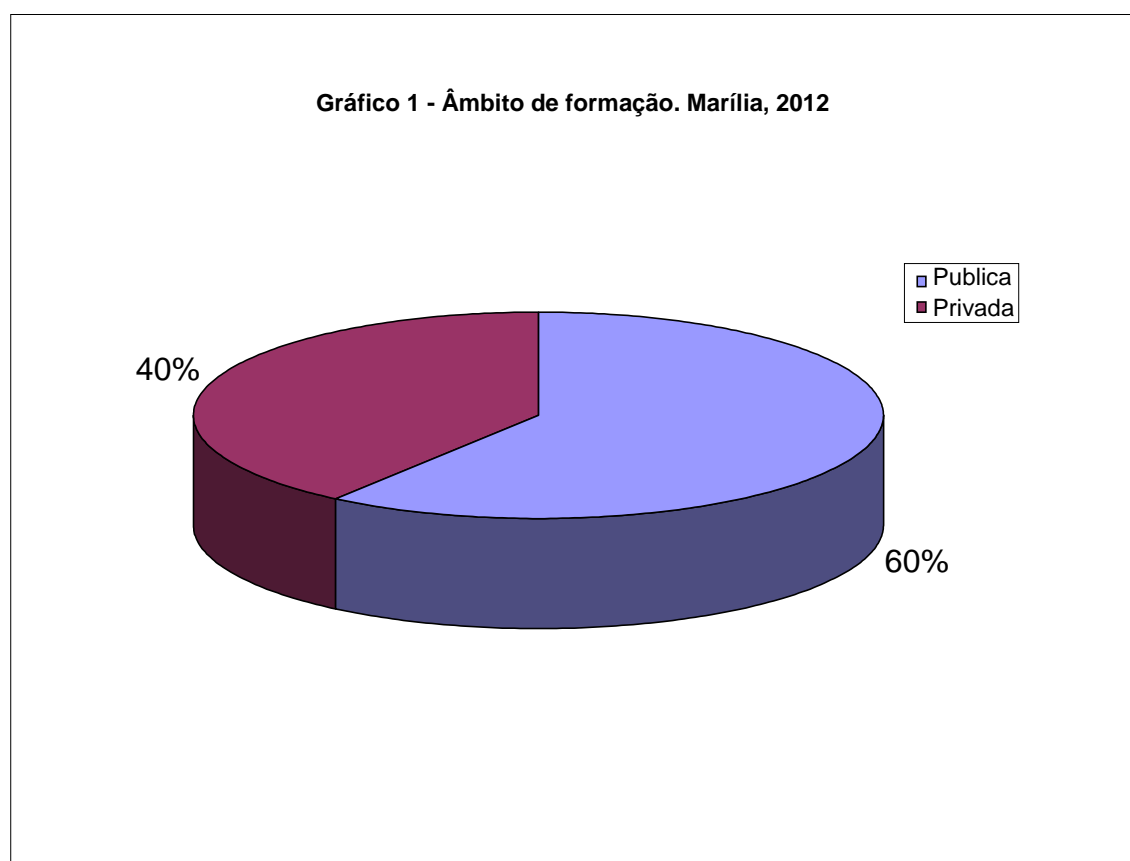
4. RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da População – Dados Sócio demográficos

Do total dos professores entrevistados 06 se graduaram em faculdades privadas e 09 estudaram em instituições públicas, sendo 07 na Famema, 01 na USP Ribeirão Preto e 1 na Universidade Estadual de Londrina (gráfico 1).

Gráfico 1 – Âmbito de formação. Marília, 2012



Quanto ao gênero (Quadro 1) observamos que 100% dos professores são do gênero feminino. Com relação aos estudantes 93,33% são do gênero feminino e 6,96% do sexo masculino.

Quadro 1 – Gênero dos professores colaboradores e estudantes entrevistados.
Marília, 2012.

VARIÁVEIS	Professores	Estudantes	Professores	Estudantes
Masculino	----	1	-----	6,66 %
Feminino	15	14	100%	93,33%
Total	15	15	100%	100%

Fonte: Do autor

Esses dados corroboram as informações de que a profissão de Enfermeiro no Brasil ainda é predominantemente feminina. Isto está apoiado em questões históricas da criação da profissão, do tempo empreendido para a formação e à questão de gênero, que considera ainda no mundo contemporâneo, a mulher como detentora do processo do “cuidar”.³¹

Na distribuição segundo a idade, observamos no Quadro 2 que a maioria dos professores situa-se entre os 29 e 41 anos (80%) já entre os estudantes a faixa etária situou-se na classe dos 21 aos 22 anos de idade.

Quadro 2 – Idade dos estudantes e professores colaboradores entrevistados.
Marília, 2012.

VARIÁVEIS	Professores	Estudantes	Professores	Estudantes
20 – 25 anos	----	14	---	93,33%
26 – 30 anos	5	1	33,33%	6,66%
31 – 35 anos	3	----	20%	----
36 - 40 anos	3	----	20%	----
41 – 45 anos	4	----	26,66%	----
Total	15	15	100%	100%

Fonte: Do autor

Quanto a situação conjugal estado civil, verificamos que entre os estudantes predominou o estado civil solteiro (80%), e entre os professores o estado civil casado (66,66%).

4.2 A Profissão

Foi avaliado o tempo de atuação na supervisão de estágio na Famema e em outras instituições (Quadro 3).

Verificamos que a maioria dos professores 40% atuam na supervisão de estágio. Quanto à supervisão em outras instituições aproximadamente 50% afirmaram possuir experiência.

Quadro 3 - Dados referente área de atuação e supervisão de estágio hospitalar. Marília, 2012.

VARIÁVEIS	N	%
0 – 11 meses	1	6,66%
1 ano	2	13,33
1,1 ano a 1,11 ano/meses	6	40%
2 anos – 2,3 ano/meses	2	13,33
5 anos	2	13,33
10 anos	2	13,33
Total	15	100%

Fonte: Do autor

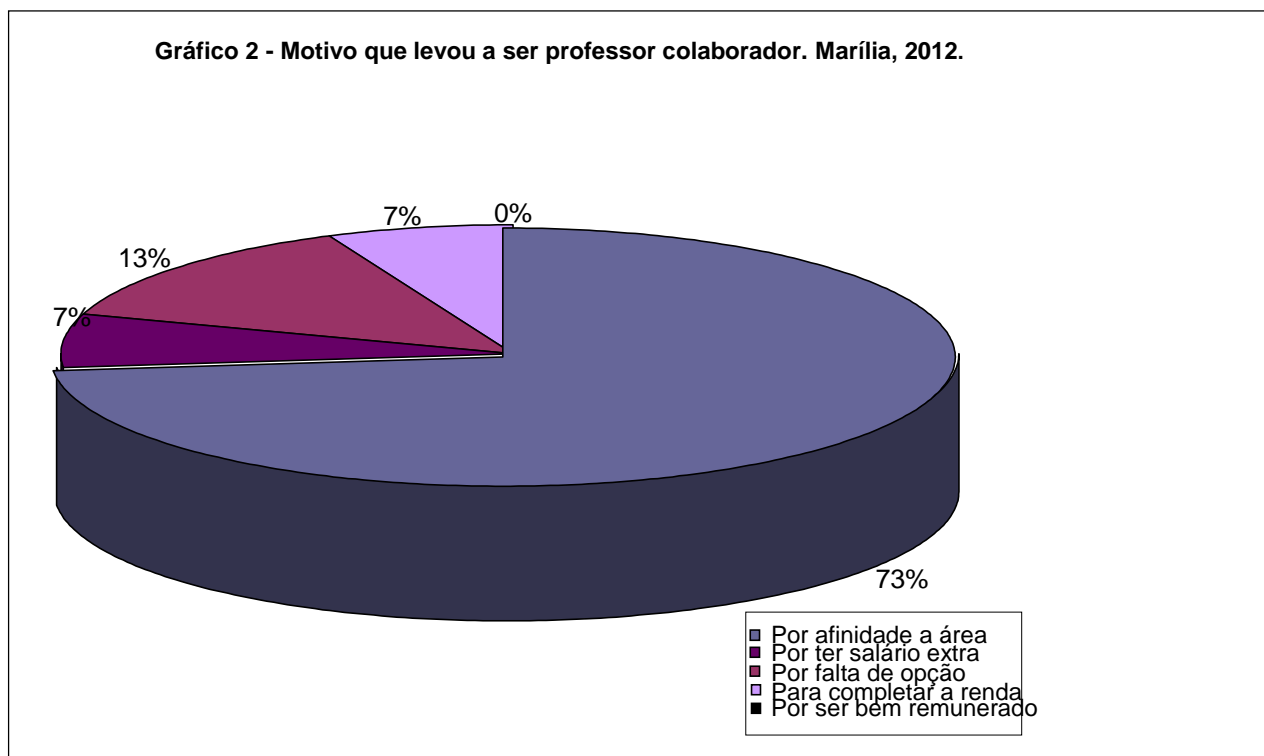
Quadro 4 - Dados referente a atuação e supervisão de estágio hospitalar em outras instituições. Marília, 2012.

VARIÁVEIS	N	%
Já supervisionou estágio em outras instituições		
Sim	8	53,33
Não	7	46,66
Total	15	100%

Fonte: Do autor

No gráfico 2, estão destacados os motivos que levaram os professores colaboradores a escolher esta profissão.

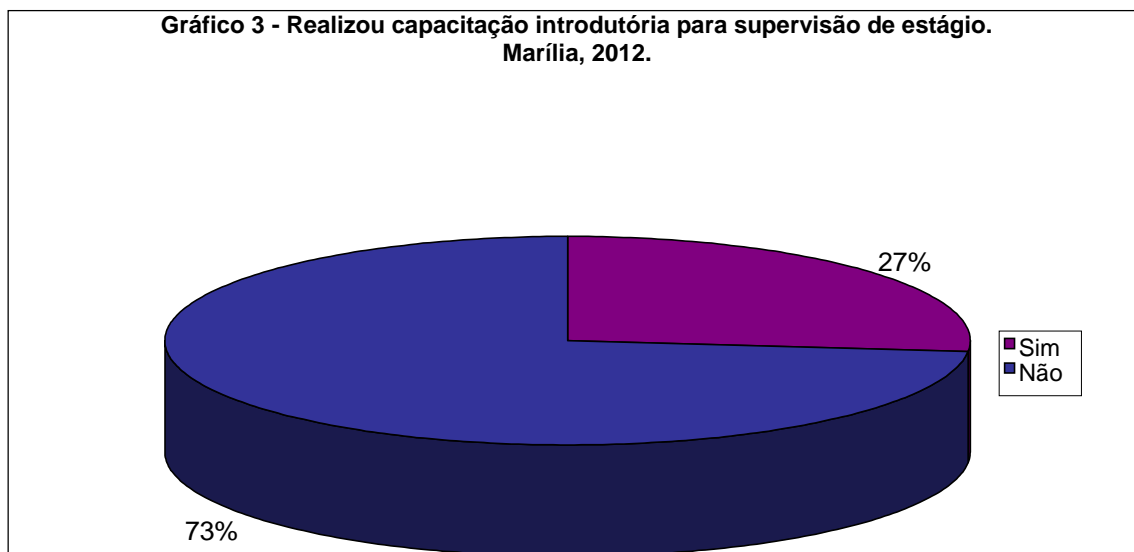
A maioria dos professores colaboradores (73,33%) afirmou que foi por afinidade à área, sendo que encontramos 13,33% que relataram falta de opção e 13,33% que afirmaram complementação de renda.



Fonte: Do autor

O gráfico 3 aborda os resultados referentes à capacitação introdutória para poder exercer a função de supervisor.

Verificamos que 73,33% dos professores colaboradores não tiveram capacitação introdutória e somente 26,66% foram capacitados para tal função.



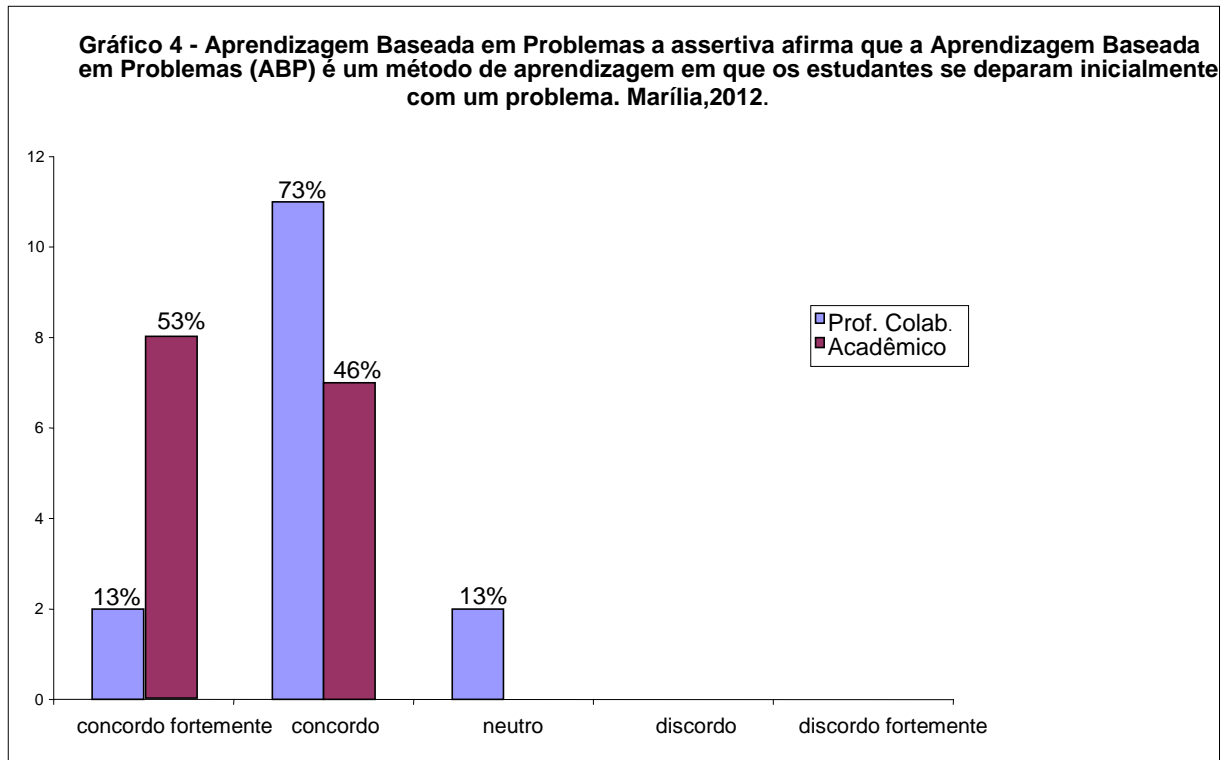
Fonte: Do autor

4.3 Conceitos Pedagógicos

Foram avaliados os graus de concordância para os seguintes conceitos: aprendizagem baseada em problemas, educação interprofissional, competência profissional, necessidades de saúde, trabalho em equipe, currículo tradicional, currículo interdisciplinar, formulados de acordo com as premissas das DCNs.

A **questão 1** afirmou que: **Aprendizagem Baseada em Problemas** é um método de aprendizagem em que os estudantes se deparam inicialmente com um problema, o qual é sucedido por uma investigação em um processo de aprendizagem centrada no estudante”.³²

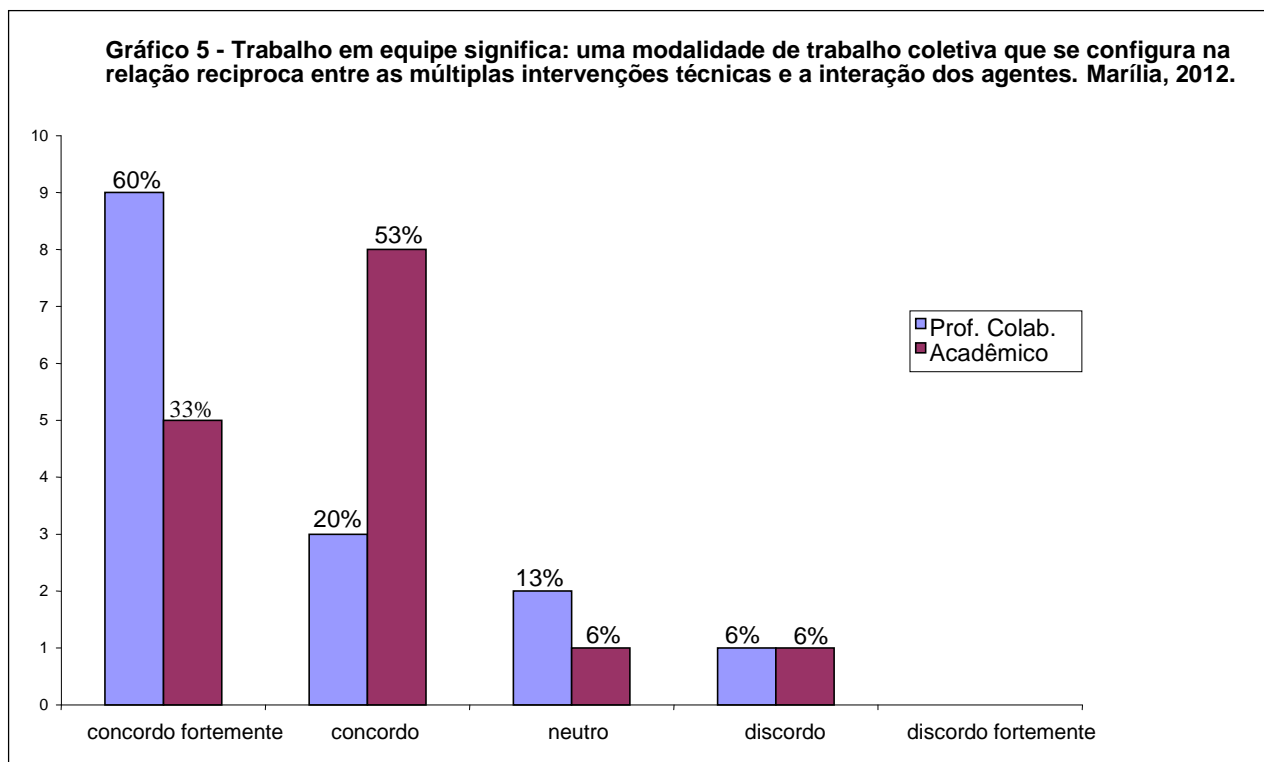
Após análise, foram obtidos os seguintes resultados: dos professores colaboradores 13,33% concordaram fortemente, 73,33% concordaram e 13,33% consideraram-se neutros. De acordo com os acadêmicos verificou-se que 53,33% concordaram fortemente e 46,66% concordaram (Gráfico – 4).



Fonte: Do autor

O conceito de **Educação Interprofissional** foi definido como uma proposta onde duas ou mais profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, na melhoria da qualidade no cuidado ao paciente. É considerado um estilo de educação que prioriza o trabalho em equipe, a integração e a flexibilidade da força de trabalho que deve ser alcançada com um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão.³³

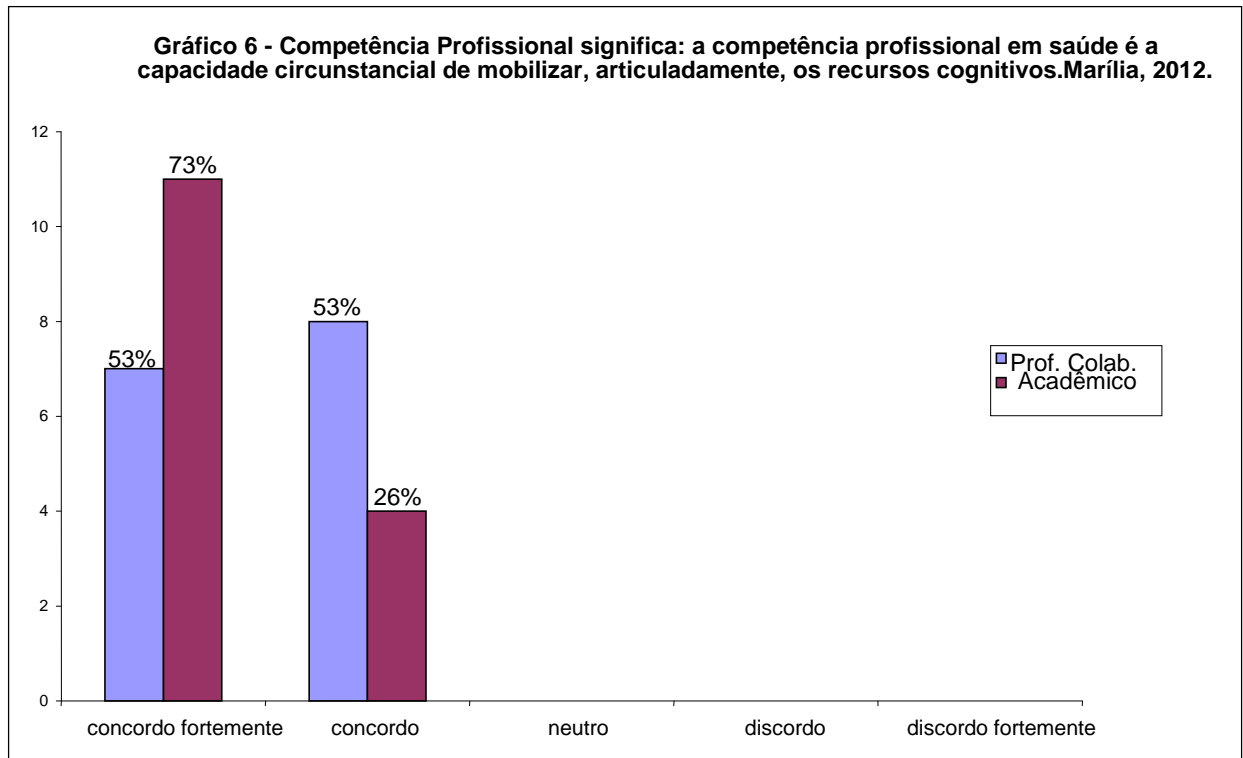
Os dados obtidos estão apresentados no gráfico 5 e revelaram que entre os professores 60% concordam fortemente, 20% concordam, 13,33% se colocaram como neutros e 6,66% discordou. Quanto aos acadêmicos obtivemos que 33,33% concordaram fortemente, 53,33% concordaram, 6,66% manteve-se neutro e 6,66% discordou com a assertiva.



Fonte: Do autor

A **questão 3** abordou o conceito de **Competência Profissional** como a capacidade circunstancial de mobilizar, articuladamente, os recursos cognitivos, psicomotores e afetivos, visando a abordagem ou resolução de uma situação complexa de vigilância de saúde individual ou coletiva, e gestão do trabalho.⁸

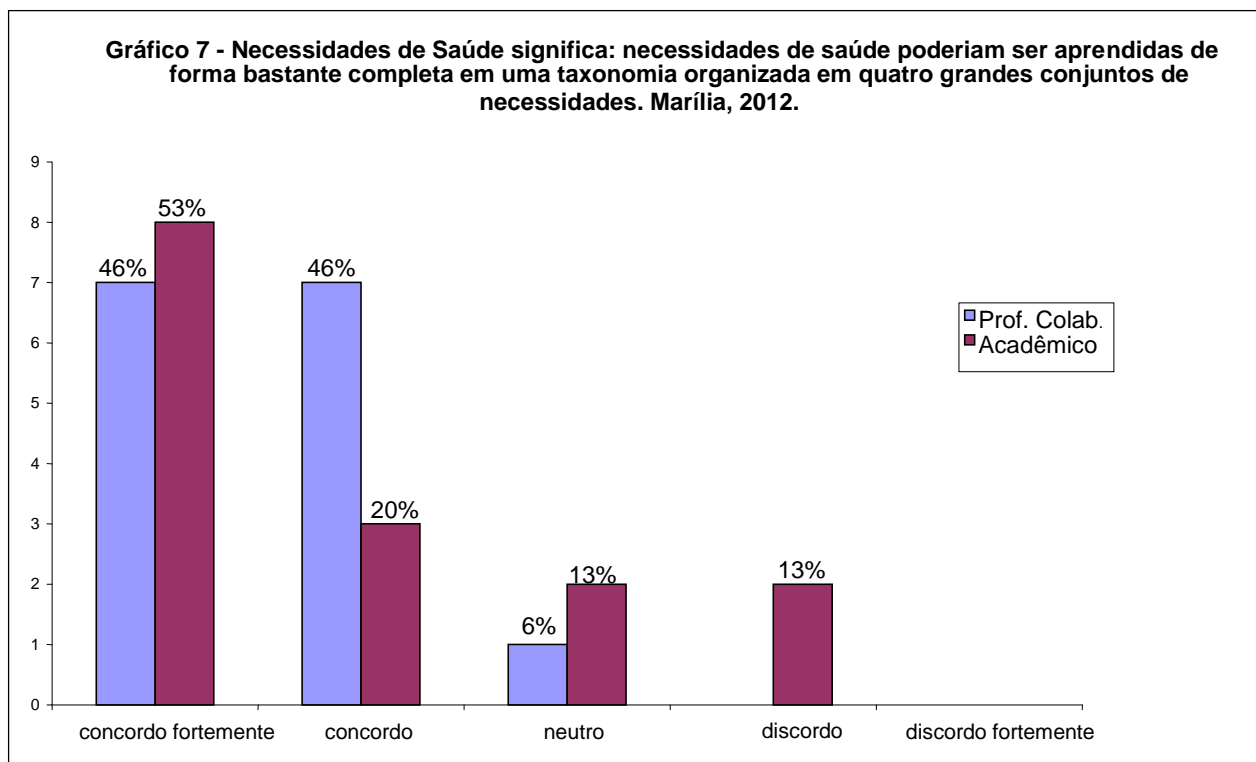
O gráfico 6 demonstra os resultados com 46,66% dos professores concordando fortemente com a afirmativa e 53,33% concordando. Quanto aos acadêmicos 73,33% concordaram fortemente e 26,66% concordaram.



Fonte: Do autor

Necessidades de Saúde foram apresentadas como boas condições de vida, acesso às tecnologias, vínculos efetivos e autonomia no seu modo de vida.⁶

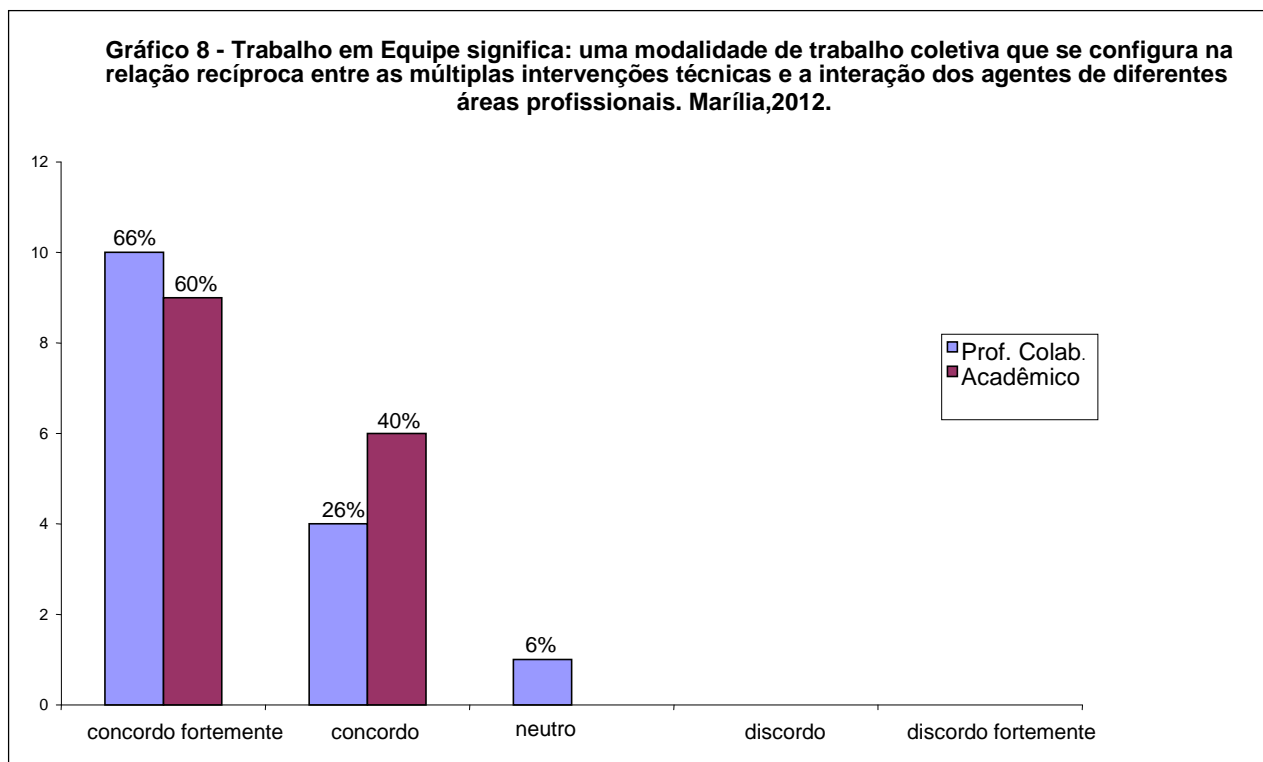
Dos professores entrevistados 46,66% concordaram fortemente, 46,66% concordaram e 6,66% mantiveram-se neutro. Já entre os acadêmicos 53,44% concordaram fortemente, 20% concordaram, 13,33% mantiveram-se neutros e 13,33% discordaram da pergunta (Gráfico – 7).



Fonte: Do autor

A **questão 5** avaliou o conceito de **Trabalho em Equipe** como uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, em que a articulação das ações e a cooperação ocorrem através da comunicação. Por meio da relação dialética, entre trabalho e interação, os agentes podem construir um projeto assistencial comum e pertinente para a atenção integral às necessidades de saúde dos usuários.³⁴

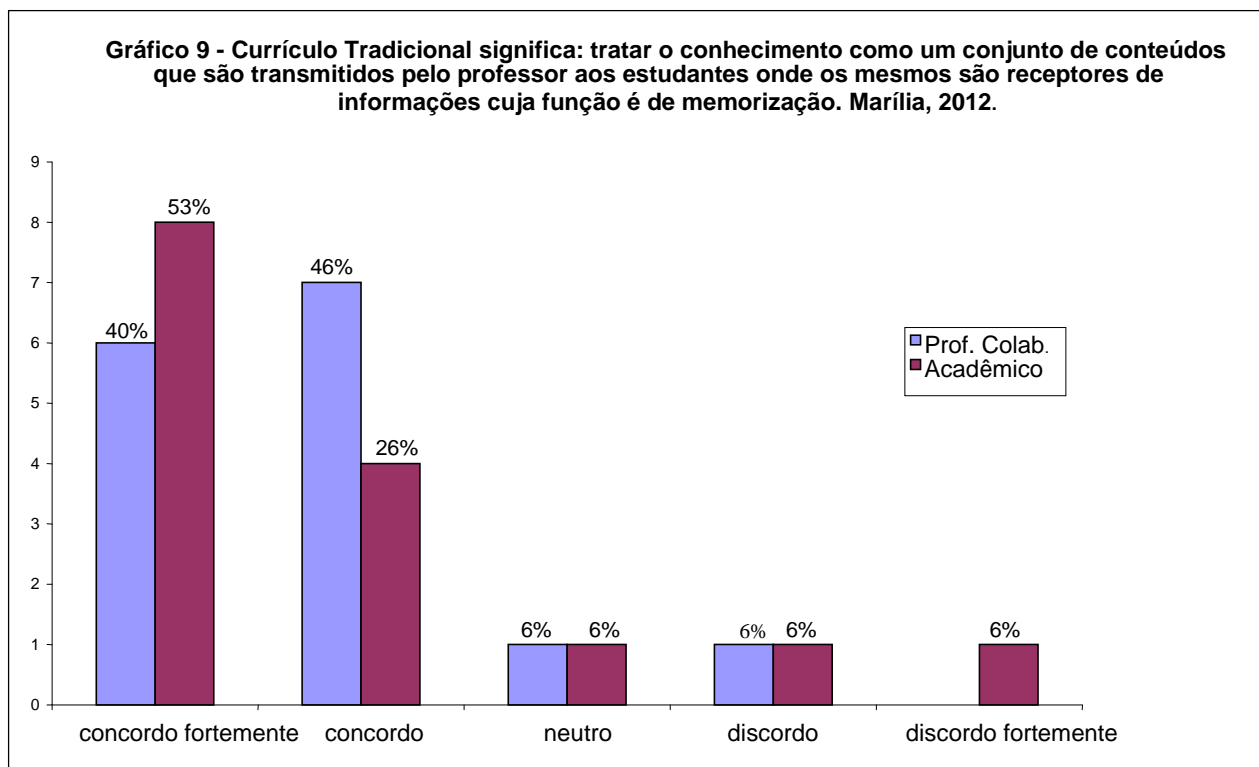
Quanto a estes aspectos, entre os professores 66,66% concordaram fortemente, 26,66% concordaram e 6,66% manteve-se neutro. Já entre os acadêmicos 60% concordaram fortemente e 40% concordaram (Gráfico – 8).



Fonte: Do autor

Currículo Tradicional foi conceituado como sendo o conhecimento de um conjunto de conteúdos que são transmitidos pelo professor aos estudantes onde os mesmos são receptores de informações, cuja função maior é de memorização.³⁵

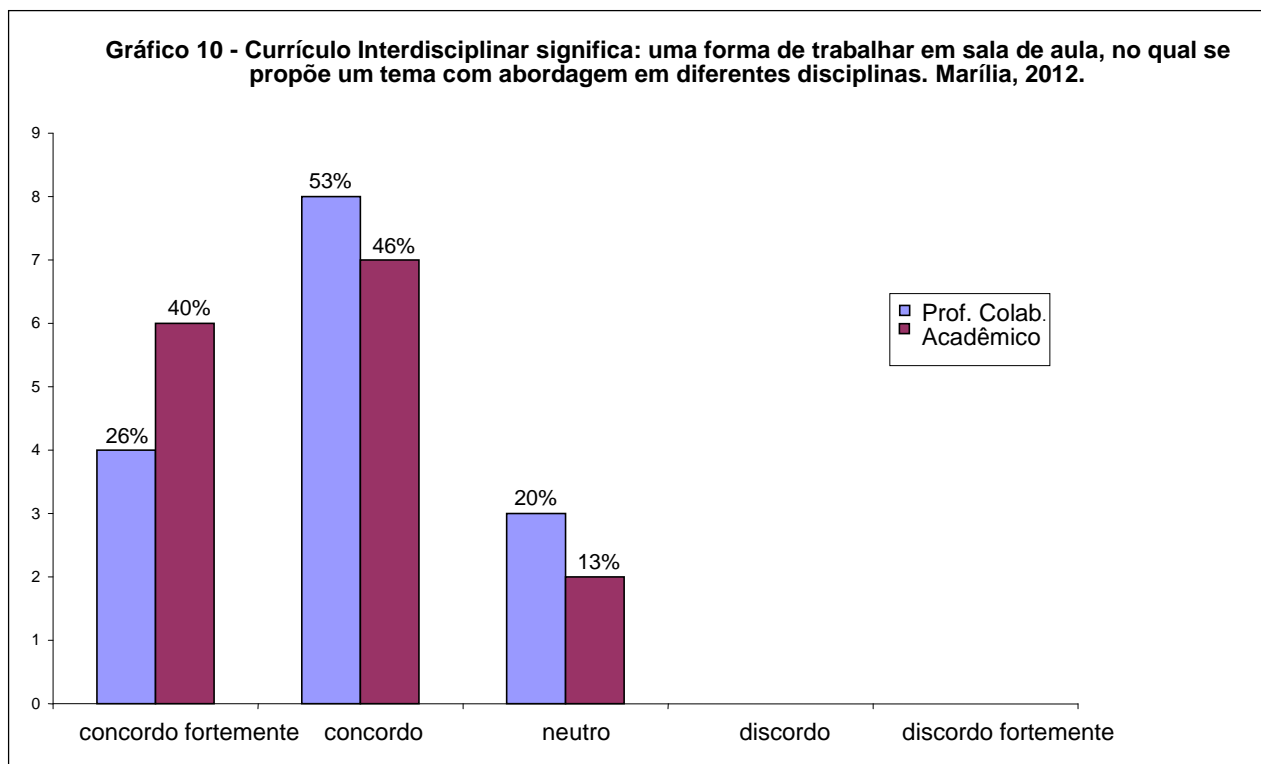
A frequência das respostas revelou que 40% dos professores concordam fortemente, 46,55% concordaram, 6,66% considerou-se neutro e 6,66% discordou. Quanto aos acadêmicos 53,33% concordaram fortemente, 26,66% concordaram, 6,66% manteve-se neutro, 6,66% discordou e 6,66% discordou fortemente (gráfico 9).



Fonte: Do autor

Currículo Interdisciplinar foi conceituado como uma forma de trabalhar em sala de aula, na qual se propõe um tema com abordagem em diferentes disciplinas. É compreender, entender as partes de ligação entre as diferentes áreas de conhecimento, unindo-se para transpor algo inovador, abrir sabedorias, resgatar possibilidades e ultrapassar o pensar fragmentado.³⁶

Dos professores avaliados 26,06% concordaram fortemente, 53,33% concordaram e 20% consideram-se neutros. Quanto aos acadêmicos tivemos 40% que concordaram fortemente, 46,66% que concordaram, 13,33% mantiveram-se neutros (gráfico 10).



Fonte: Do autor

Verificados os conceitos pedagógicos que sustentam as práticas curriculares do curso, aplicamos um questionário adaptado da escala (RPLS) que verifica o grau de percepção sobre o trabalho interprofissional. Este foi dividido em: 1 – trabalho em equipe e efetiva colaboração; 2 – Identidade profissional, 3 – Responsabilidade sobre o doente.

4.4 – Readiness Interprofessional Learning Scale (RIPLS)

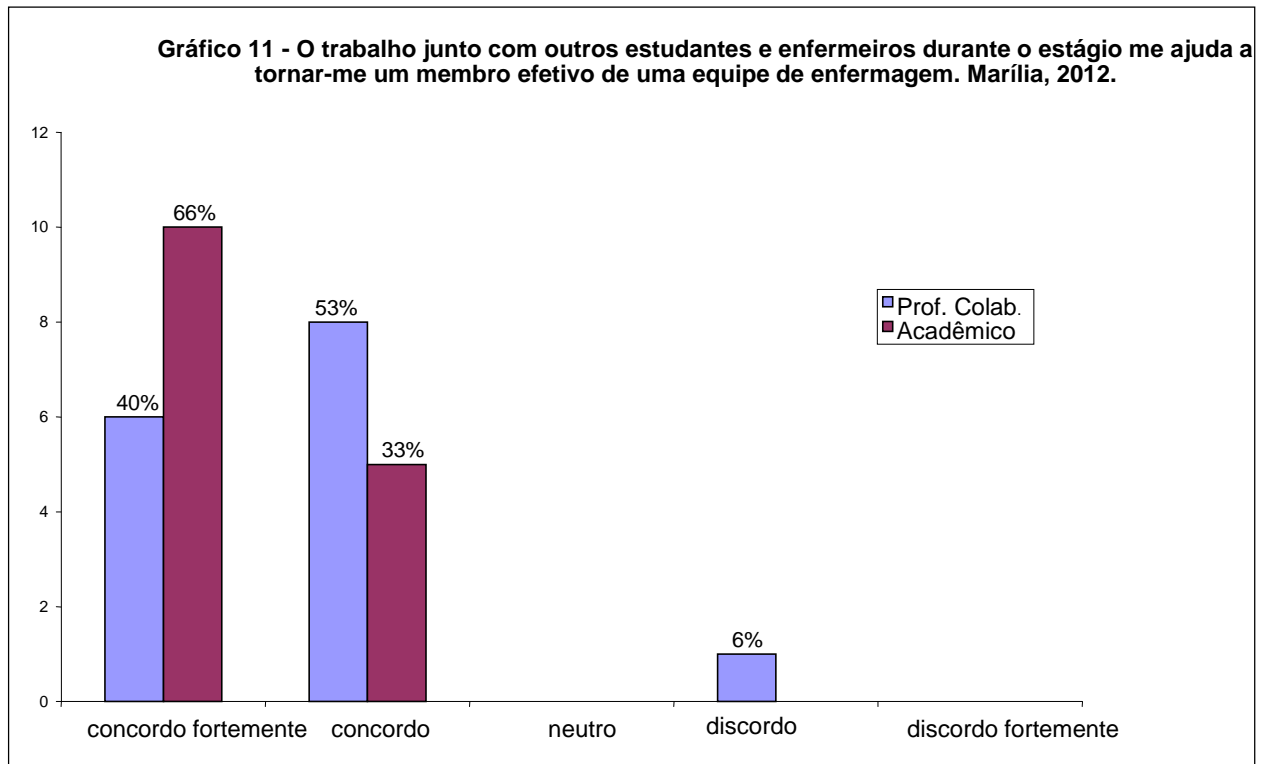
Esta escala avaliou o grau de concordância/discordância em 3 áreas distintas: trabalho em equipe e efetiva colaboração, identidade profissional, responsabilidade sobre o doente.

4.4.1 - Trabalho em Equipe e Efetiva Colaboração

A **questão 8** afirma que o trabalho junto com outros estudantes e enfermeiros durante o estágio ajuda a tornar-se um membro efetivo de uma equipe de Enfermagem

Do total de respostas analisadas verificamos que 40% dos professores

concordam fortemente, 53,33% concordaram e 6,66% discordaram. Quanto aos acadêmicos 66,66% concordaram fortemente e 33,33% concordaram (gráfico 11).

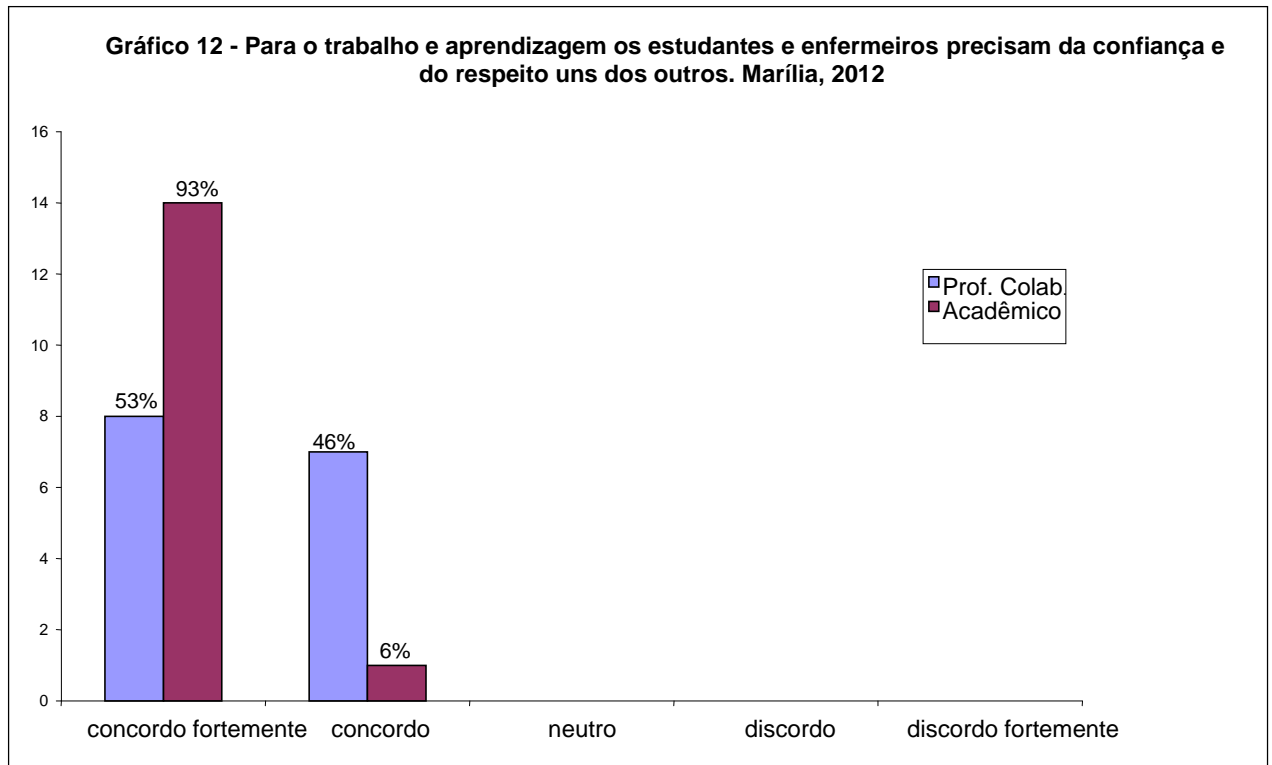


Fonte: Do autor

A **questão 9** afirmou que para o trabalho e a aprendizagem os estudantes e enfermeiros precisam da confiança e do respeito uns dos outros.

A frequência de distribuição das respostas demonstrou que dos professores 53,33% concordaram fortemente e 46,66% concordaram. Dos estudantes 93,33% concordaram fortemente e 6,66% concordou com a afirmativa (gráfico 12).

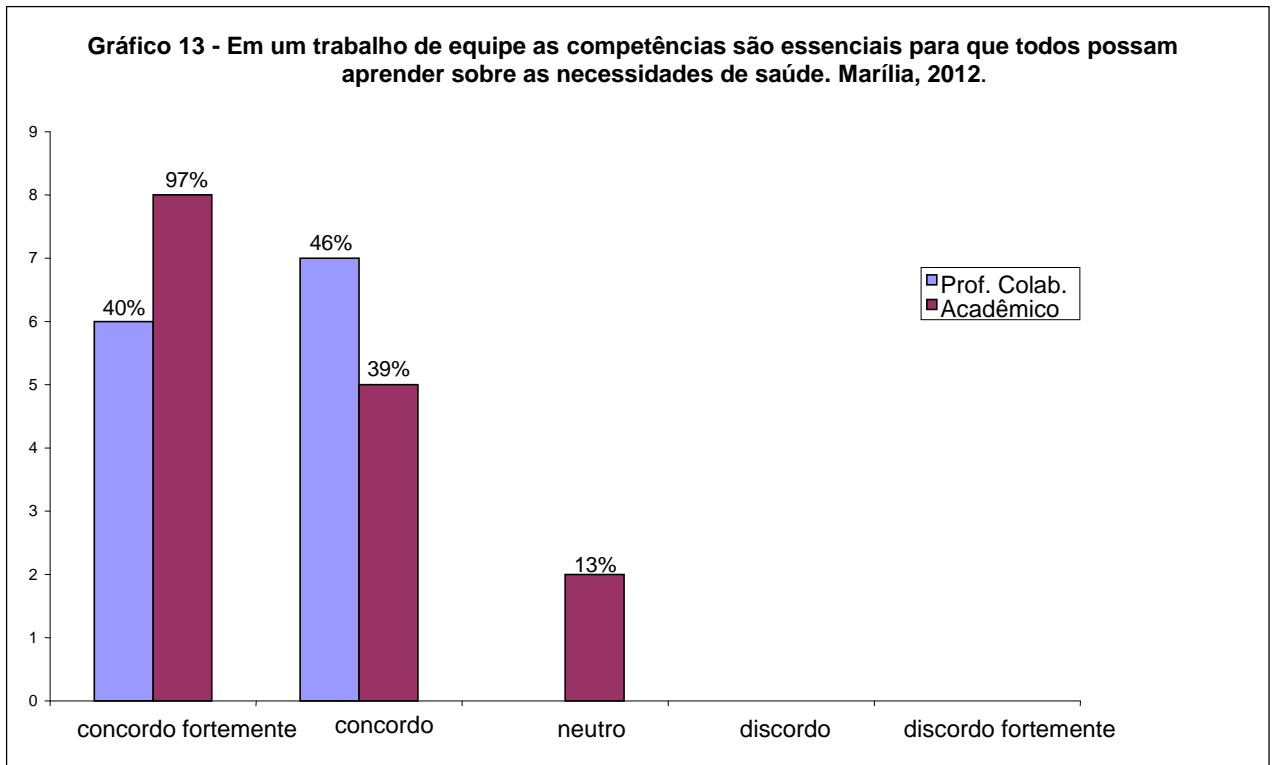
Para esta condição, na análise estatística de variância não paramétrica de Kruskal-Wallis, a média dos scores para ambos os grupos revelou nível de significância ($p=0,06$) ao demonstrar que o grupo de estudantes concorda mais fortemente com a assertiva que o grupo de professores.



Fonte: Do autor

Em um trabalho de equipe (**Questão 10**) as competências são essenciais para que todos possam aprender sobre as necessidades de saúde.

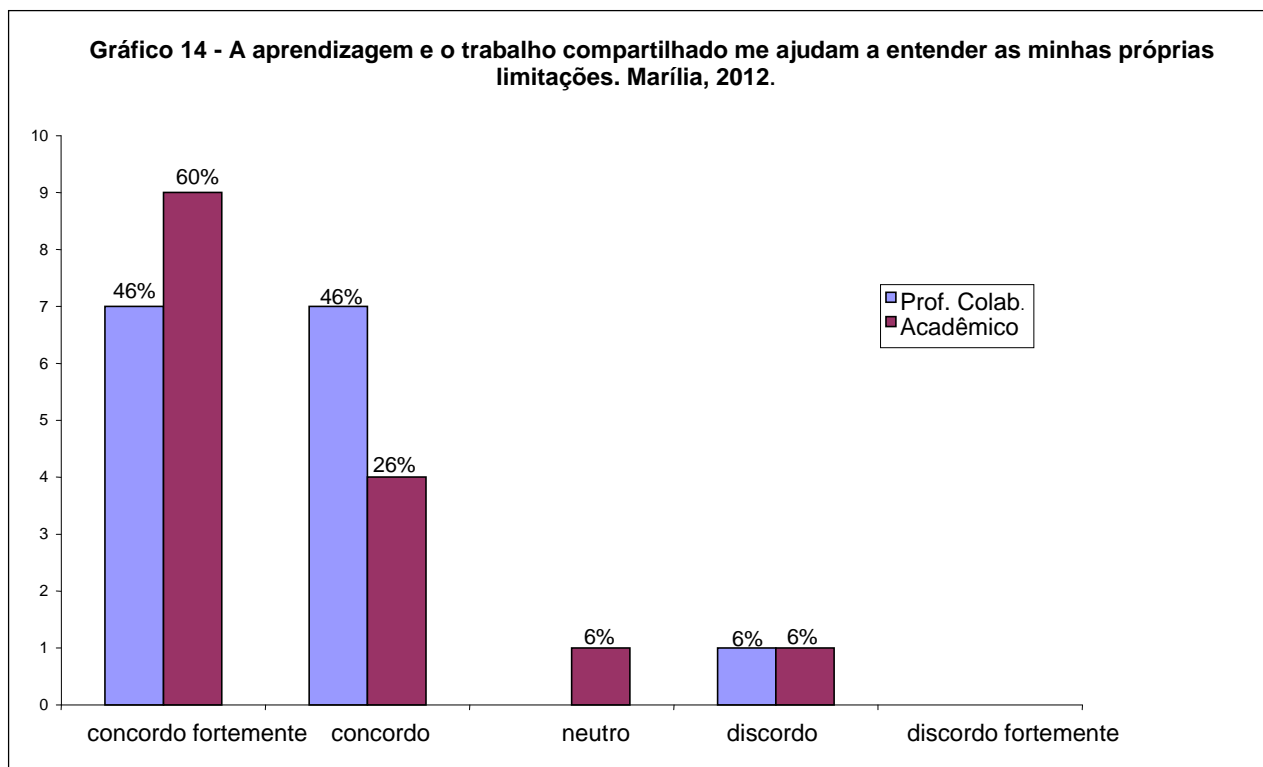
As respostas dos professores revelaram que 40% concordaram fortemente e 46,66% concordaram. Já os acadêmicos 97,33% concordaram fortemente, 39,33% concordaram e 13,33% mantiveram-se neutros (gráfico 13).



Fonte: Do autor

A **Questão 11** avaliou que a aprendizagem e o trabalho compartilhado me ajudam a entender as minhas limitações.

Para esta condição verificamos que entre os professores 46,66% concordaram fortemente, 46,66% concordaram e 6,66% discordou. Já entre os acadêmicos 60% concordam fortemente, 26,06% concordaram, 6,66% manteve-se neutro e 6,66% discordaram (gráfico 14).

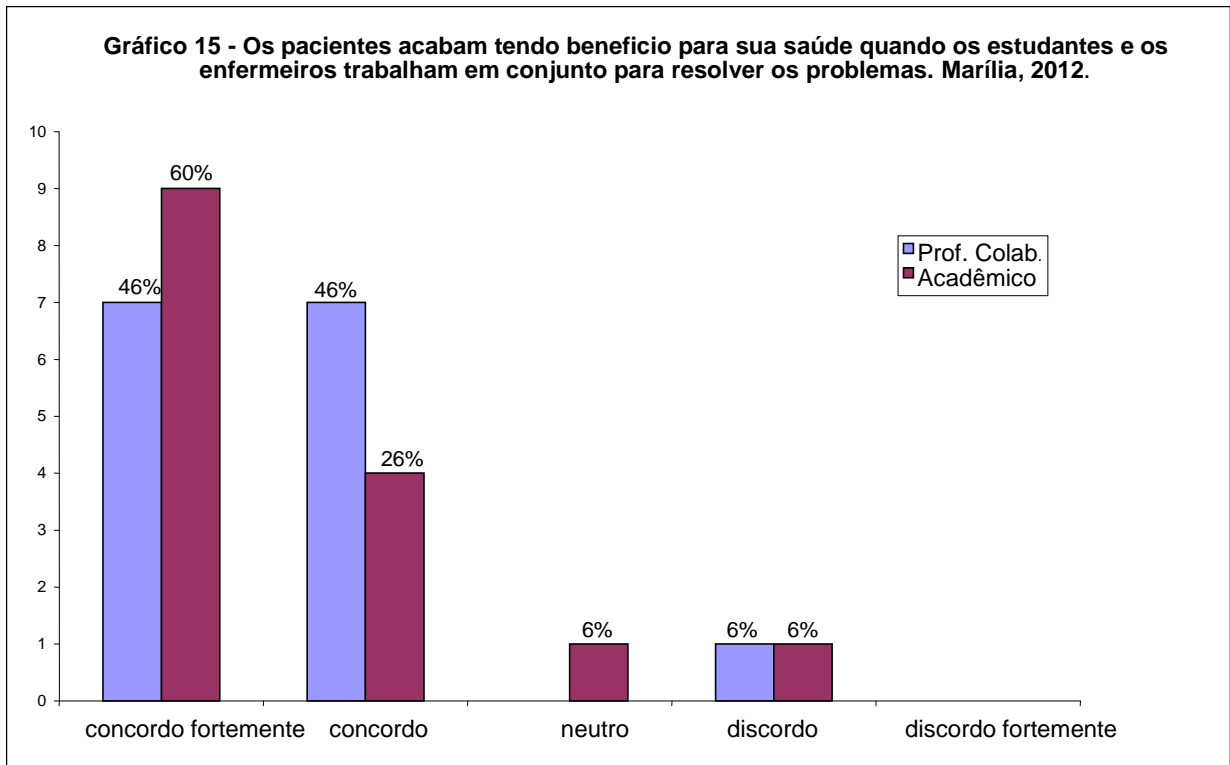


Fonte: Do autor

As questões 12, 13 e 14 abordaram temáticas relativas ao trabalho conjunto trazendo respectivamente, benefícios aos pacientes, aumento da compreensão das necessidades de saúde e aprendizado de comunicação e habilidades.

A **Questão 12** afirmou que os pacientes acabam têm benefícios para a sua saúde quando os estudantes e os enfermeiros trabalham em conjunto para resolver os problemas.

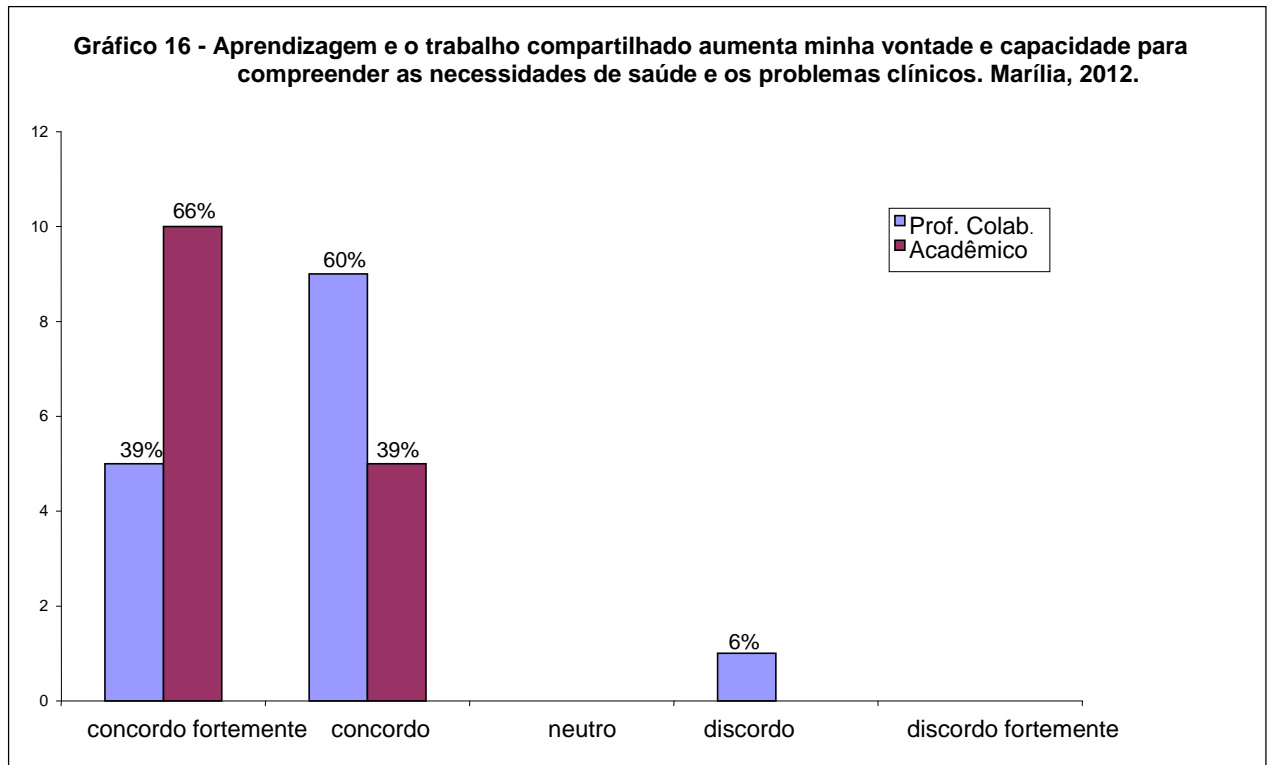
Verificamos que 46,66% dos professores colaboradores concordaram fortemente, 46,66% concordaram e 6,66% discordou. Quanto aos acadêmicos 60% concordaram fortemente, 26,06% concordaram, 6,66% considerou-se neutro e 6.66% discordou.



Fonte: Do autor

Já a **Questão 13** afirmou que a aprendizagem e o trabalho compartilhado aumentam a vontade e capacidade para compreender as necessidades de saúde e os problemas clínicos.

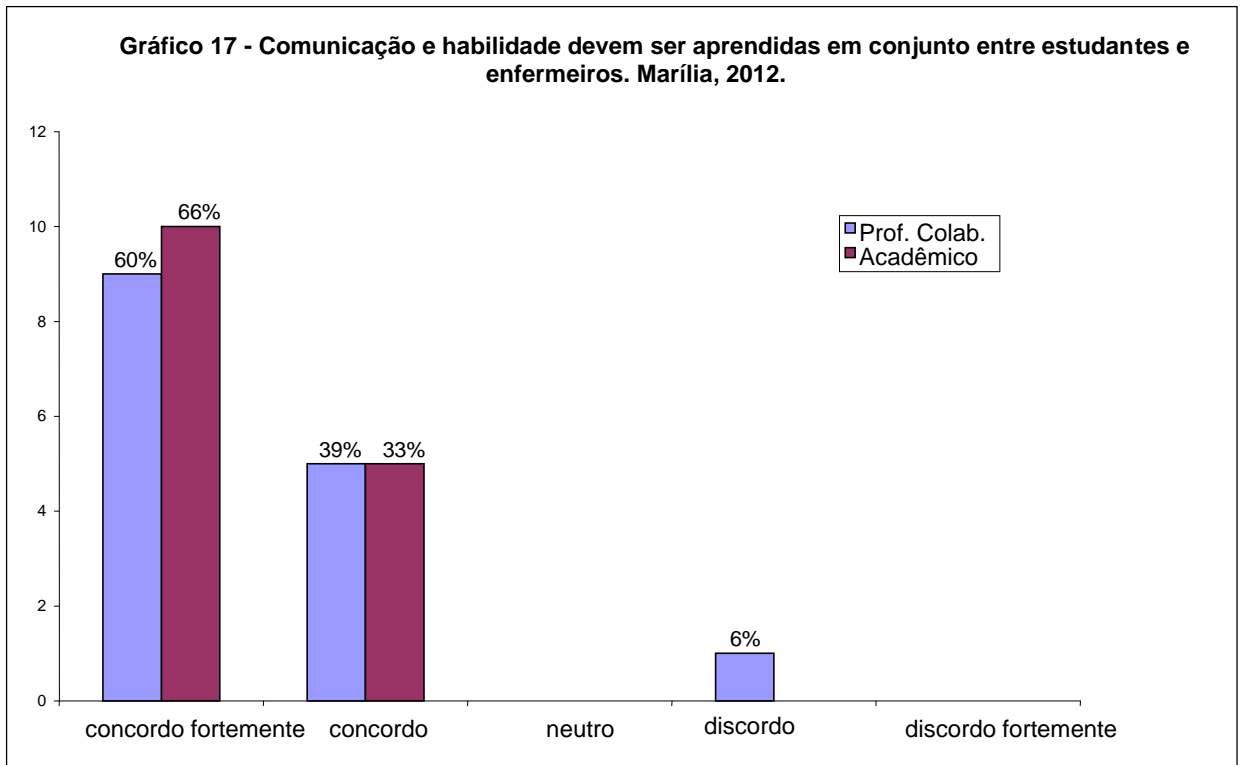
Dos professores colaboradores 39,33% concordaram fortemente, 60% concordaram e 6,66% discordam. Em relação aos acadêmicos 66,66% concordaram fortemente e 39,33% concordam (Gráfico-16).



Fonte: Do autor

Na **Questão - 14** a afirmativa assegurou que comunicação e habilidade devem ser aprendidas em conjunto entre estudantes e enfermeiros.

Verificamos que 60% dos professores colaboradores concordaram fortemente, 39,33% concordaram e 6,66% discordou. Quanto aos estudantes 66,66% concordaram fortemente e 33,33% concordaram (Gráfico – 17).

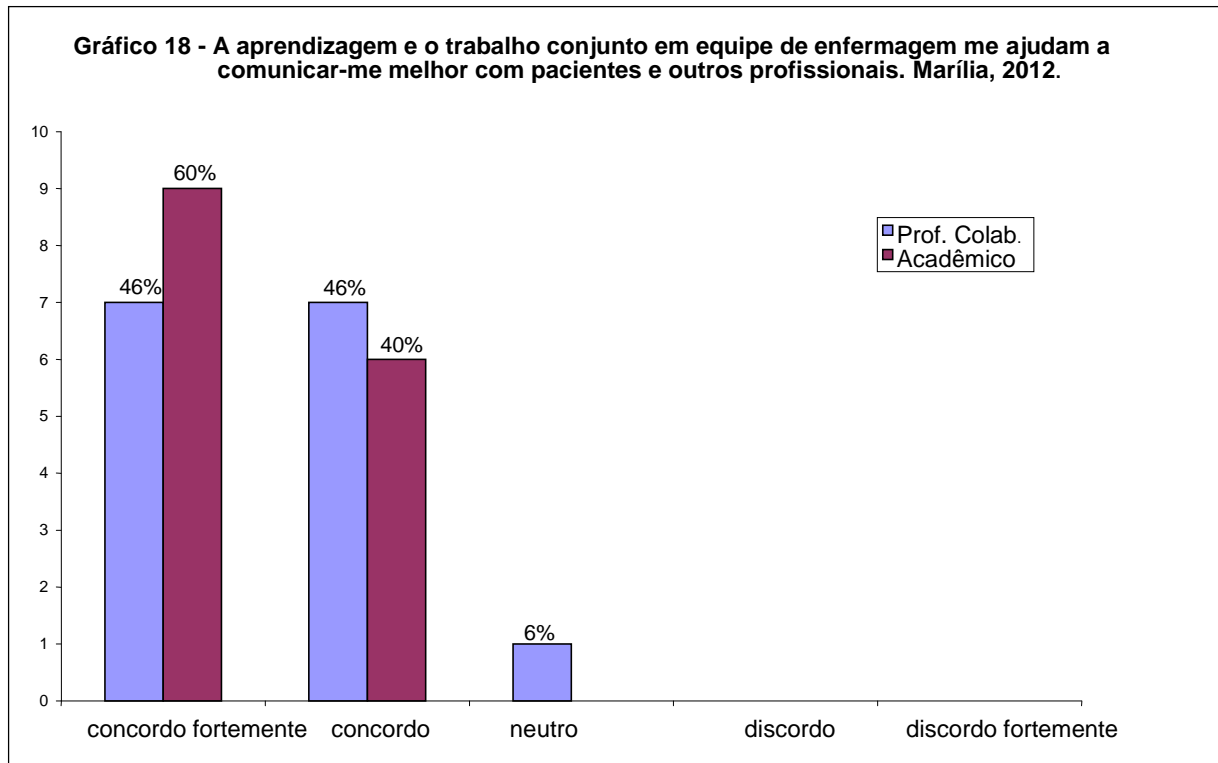


Fonte: Do autor

4.4.2 - Identidade Profissional

A **Questão 15** afirmou que a aprendizagem e o trabalho conjunto em equipe de Enfermagem me ajudam a comunicar-me melhor com pacientes e com outros profissionais

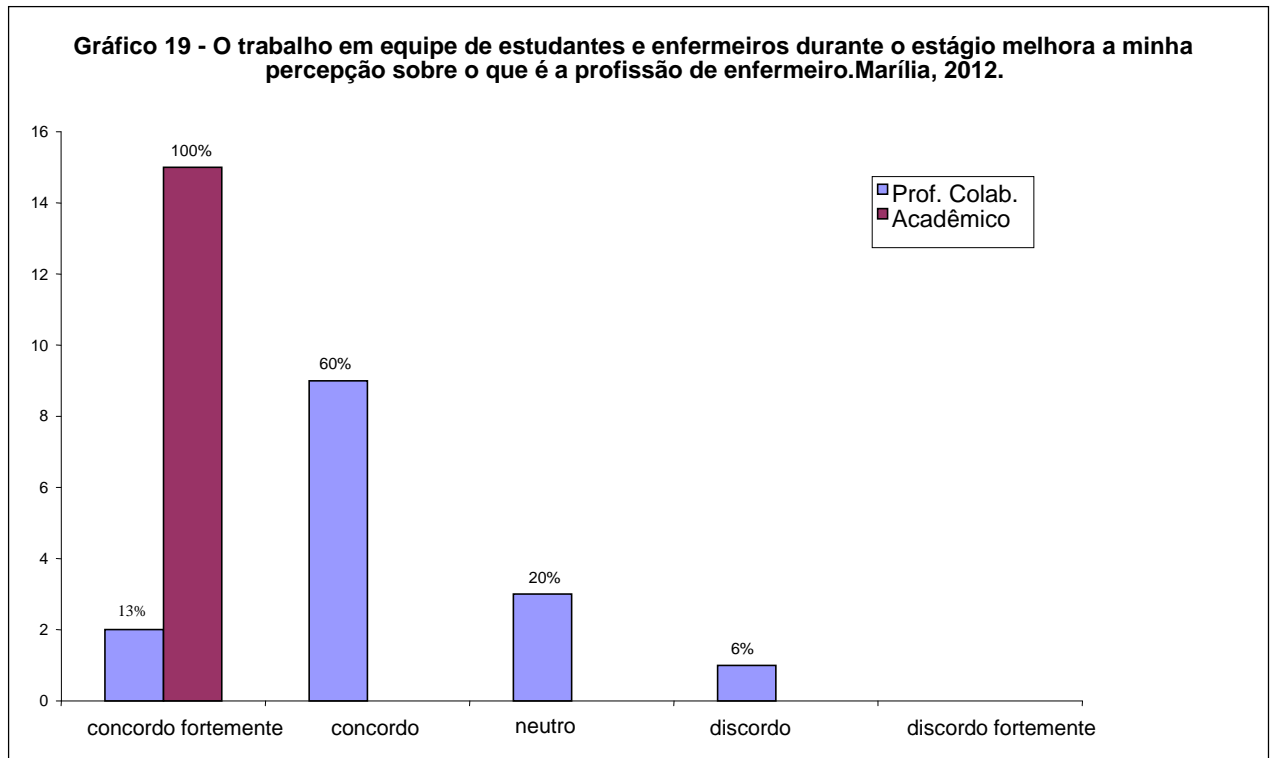
Verificamos que entre os professores que 46,66% concordam fortemente, 46,66% concordam e 6,66% manteve-se neutro. Quanto aos acadêmicos 60% concordaram fortemente e 40% concordaram (Gráfico -18).



Fonte: Do autor

A **Questão 16** afirmou que o trabalho em equipe de estudantes e enfermeiros durante o estágio melhora a percepção sobre o que é a profissão de enfermeiro.

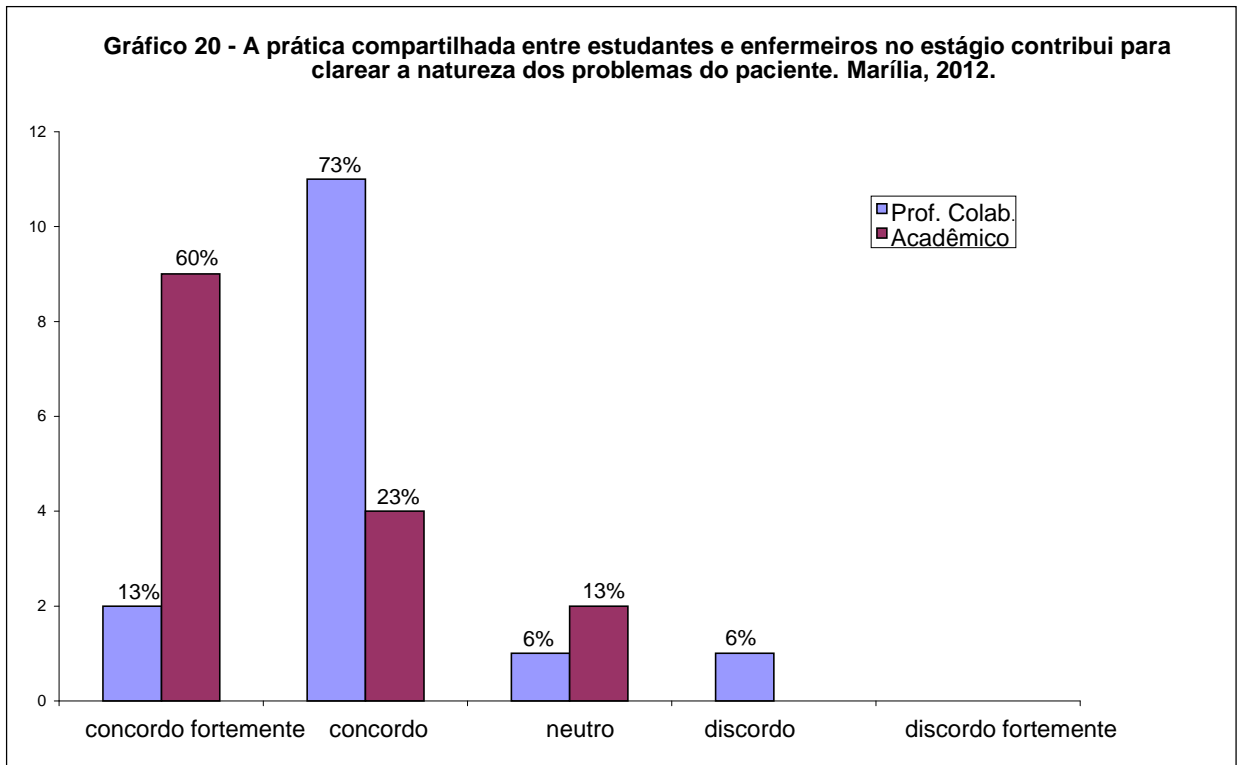
Verificou-se que dos professores colaboradores 13,33% concordaram fortemente, 60% concordou, 20% manteve-se neutro e 6,66% discordou. Já os estudantes 100% concordou fortemente (Gráfico – 19).



Fonte: Do autor

A prática compartilhada entre estudantes e enfermeiros no estágio foi avaliada na **Questão – 17** que afirmou que tal prática contribui para clarear a natureza dos problemas dos pacientes.

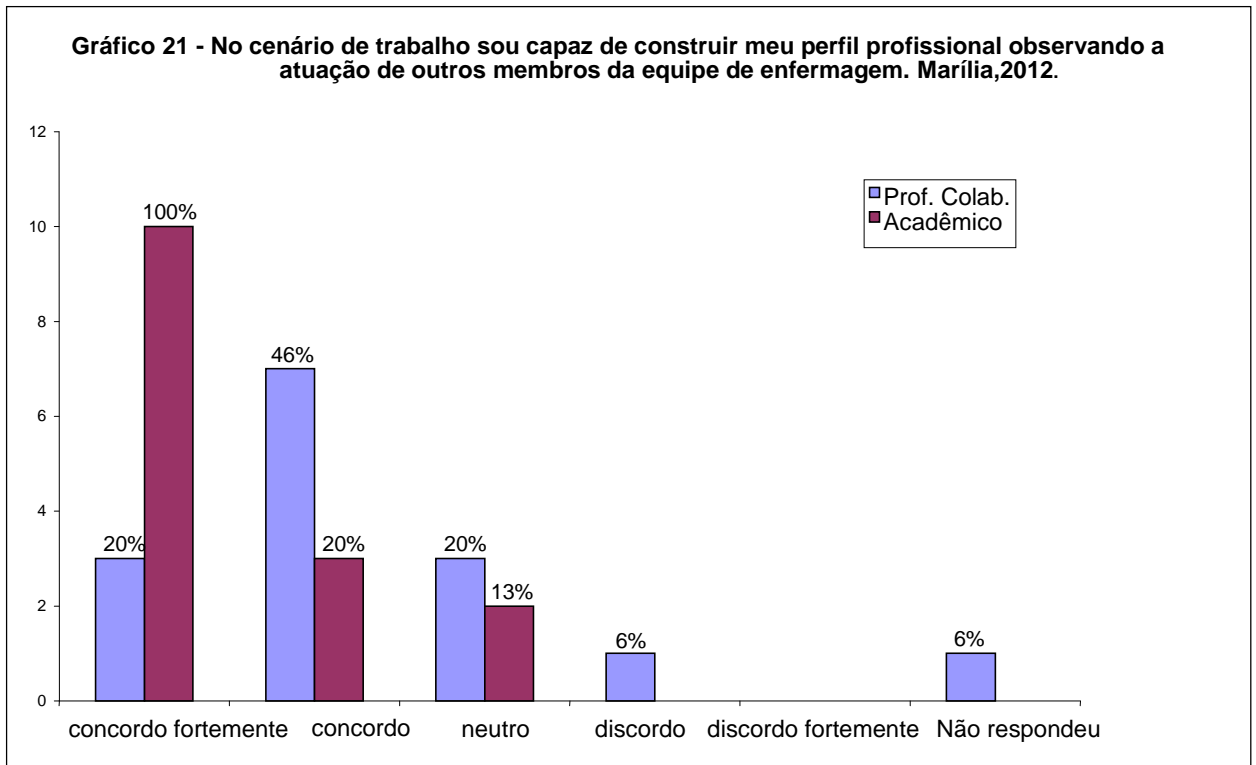
Verificou-se que dos professores colaboradores 13,33% concordaram fortemente, 73,33% concordou, 6,66% considerou-se neutro e 6,66% discordou. Os estudantes 60% concordaram fortemente, 26,66% discordaram e 13,33% considerou-se neutro (Gráfico – 20).



Fonte: Do autor

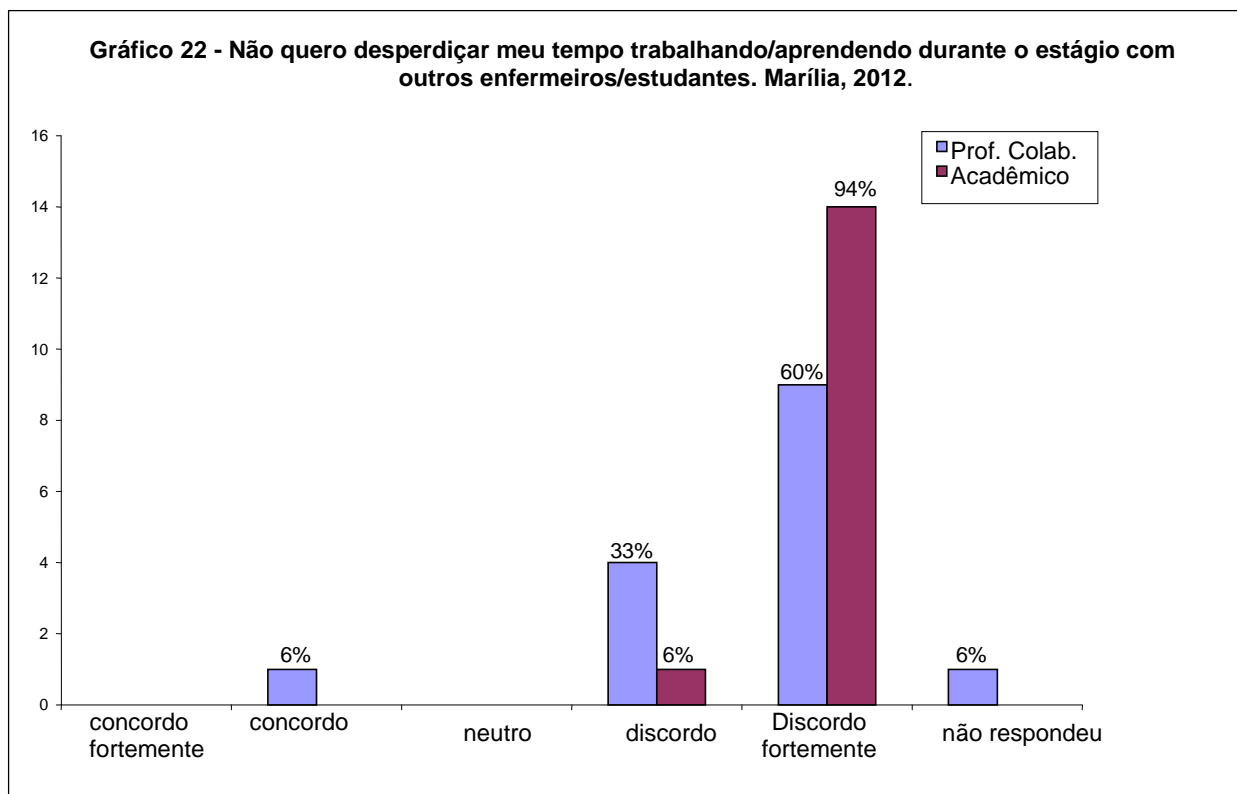
Os cenários de trabalho foram abordados na **Questão 18** que afirmou que no mesmo é possível construir o perfil profissional ao observar a atuação de outros membros da equipe de Enfermagem.

Entre os professores 20% concordaram fortemente, 46,66% concordaram, 20% mantiveram-se neutros e 6,66% discordaram. Ainda, 6,66% dos professores não respondeu. Já entre os estudantes 100% concordaram fortemente, 20% concordaram, 13,33% neutros (gráfico – 21).



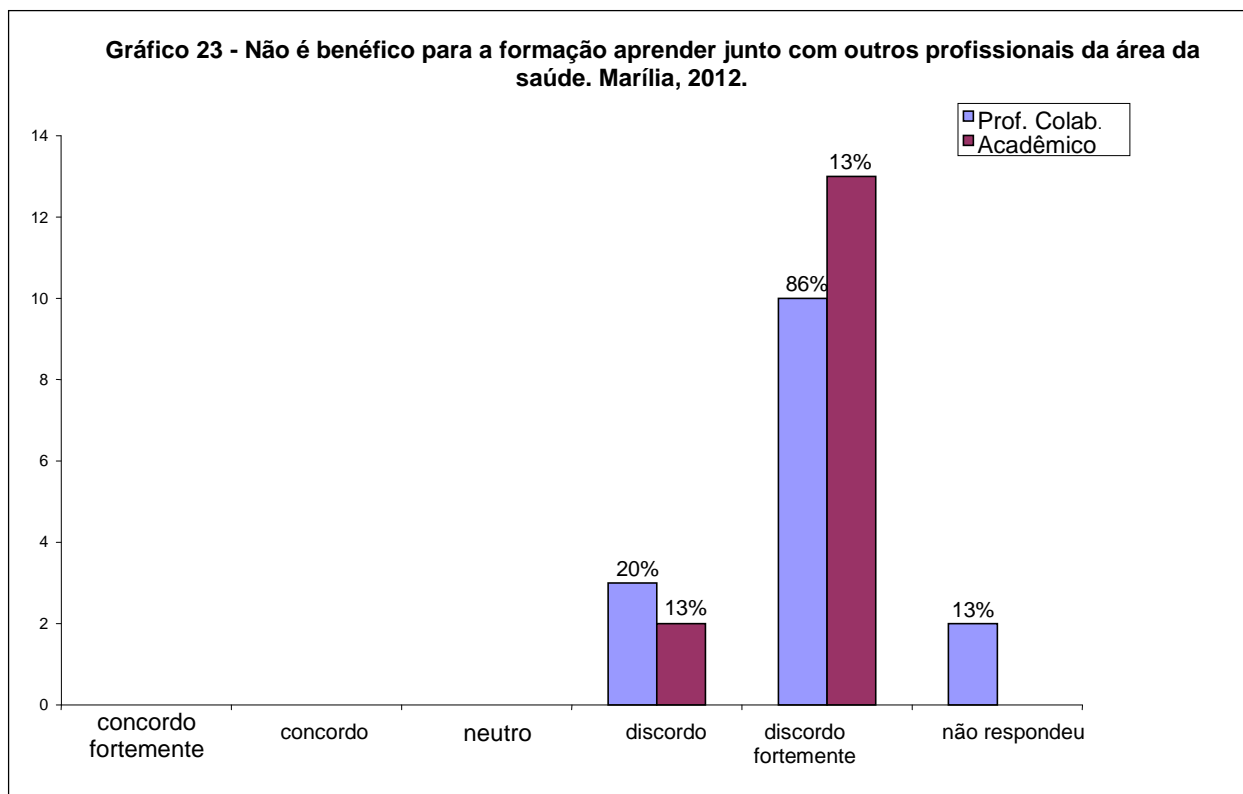
Fonte: Do autor

A **Questão 19** afirmou que “não quero desperdiçar meu tempo trabalhando/aprendendo durante o estágio com outros enfermeiros/estudantes”. Para esta condição 6,66% dos professores não respondeu, 33,33% discordou e 60% discordaram fortemente. Já entre os estudantes 6,66% discordou e 93,33% discordou fortemente (Gráfico – 22).



A **Questão 20** afirmou que não é benéfico para a formação aprender junto com outros profissionais da área da saúde.

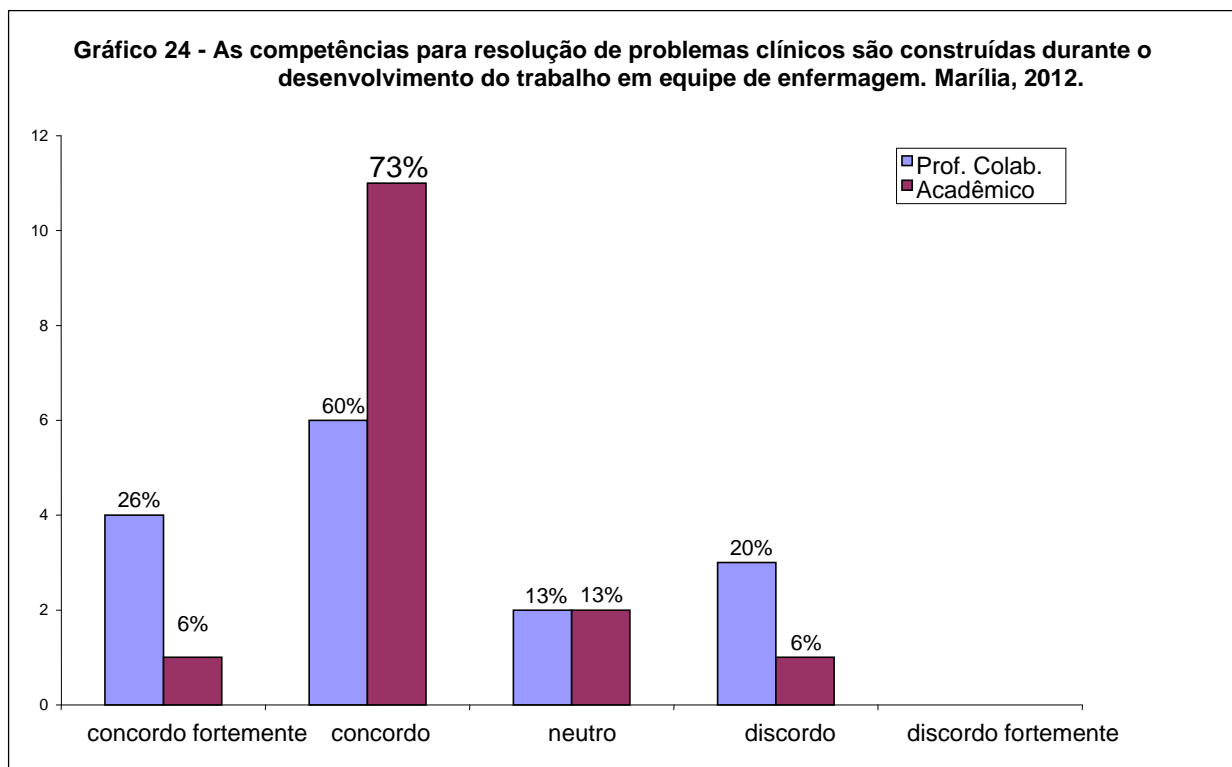
Em relação aos professores colaboradores 20% discordou e 66,66% discordou fortemente e 13,33% não responderam. Os estudantes 13,33% discordou e 86,66% discordou fortemente (Gráfico – 23).



Fonte: Do autor

As competências para a resolução de problemas clínicos são construídas durante o desenvolvimento do trabalho em equipe de Enfermagem e foram avaliadas na **Questão 21**.

Observamos que entre os professores 26,66% concordou fortemente, 60% concordou, 13,33% mantiveram-se neutros e 20% discordou. Entre os estudantes 6,66% concordou fortemente, 73,33% concordou, 13,33% neutro e 13,33% discordou (Gráfico -24).

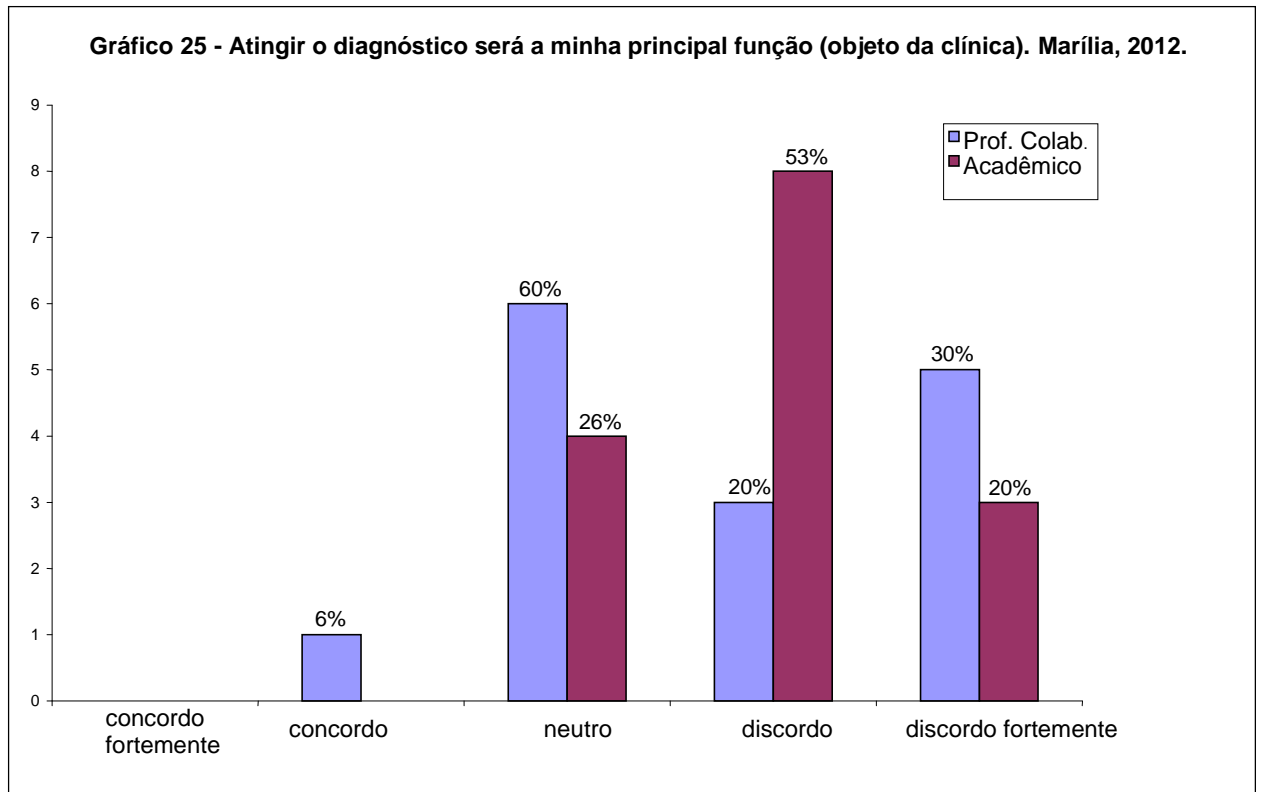


Fonte: Do autor

4.4.3 Responsabilidade sobre o doente

A **Questão 22** afirmou que atingir o diagnóstico será a principal função (objeto da Clínica).

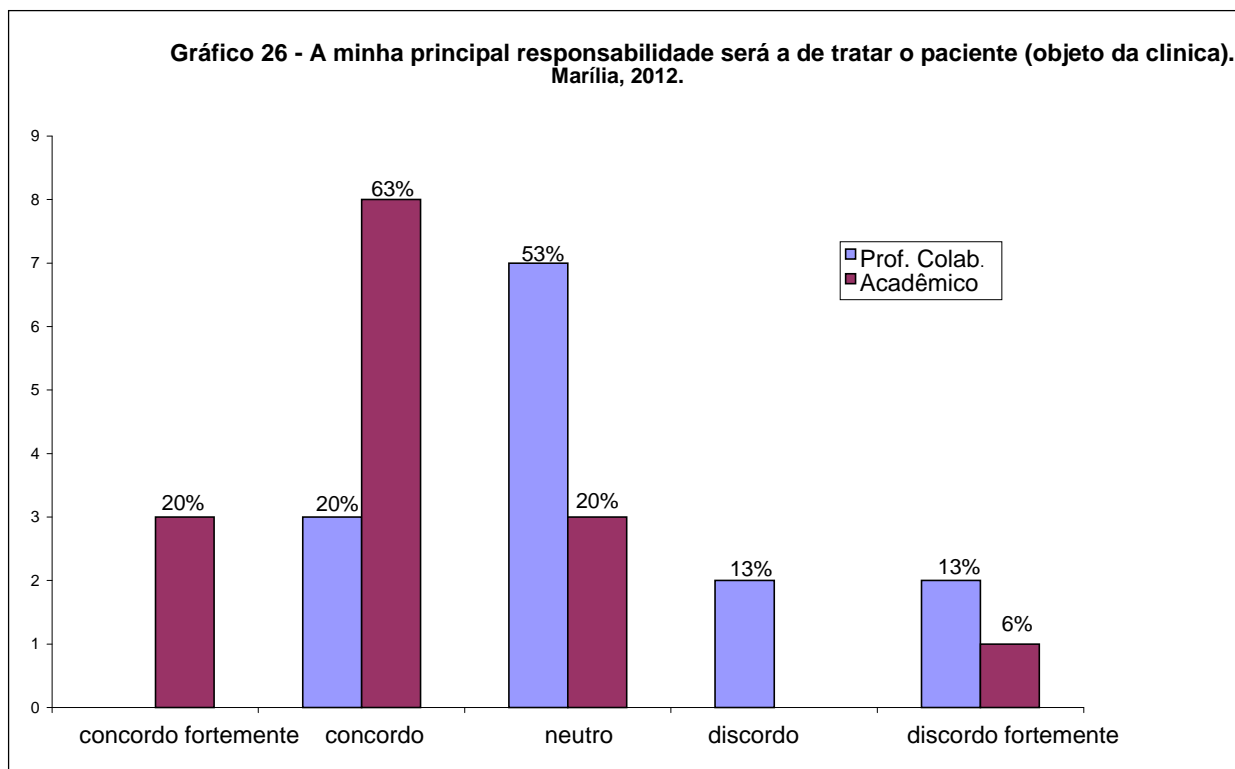
Dos professores colaboradores 6,66% concordou, 60% manteve-se neutro, 60% discordou e 20% discordou fortemente. Entre os estudantes 26,66% mantiveram-se neutros, 53,44% discordou e 20% discordou fortemente (Gráfico – 25).



Fonte: Do autor

O tratamento foi abordado na **Questão 23** que afirmou como principal responsabilidade tratar o paciente (objeto da clínica).

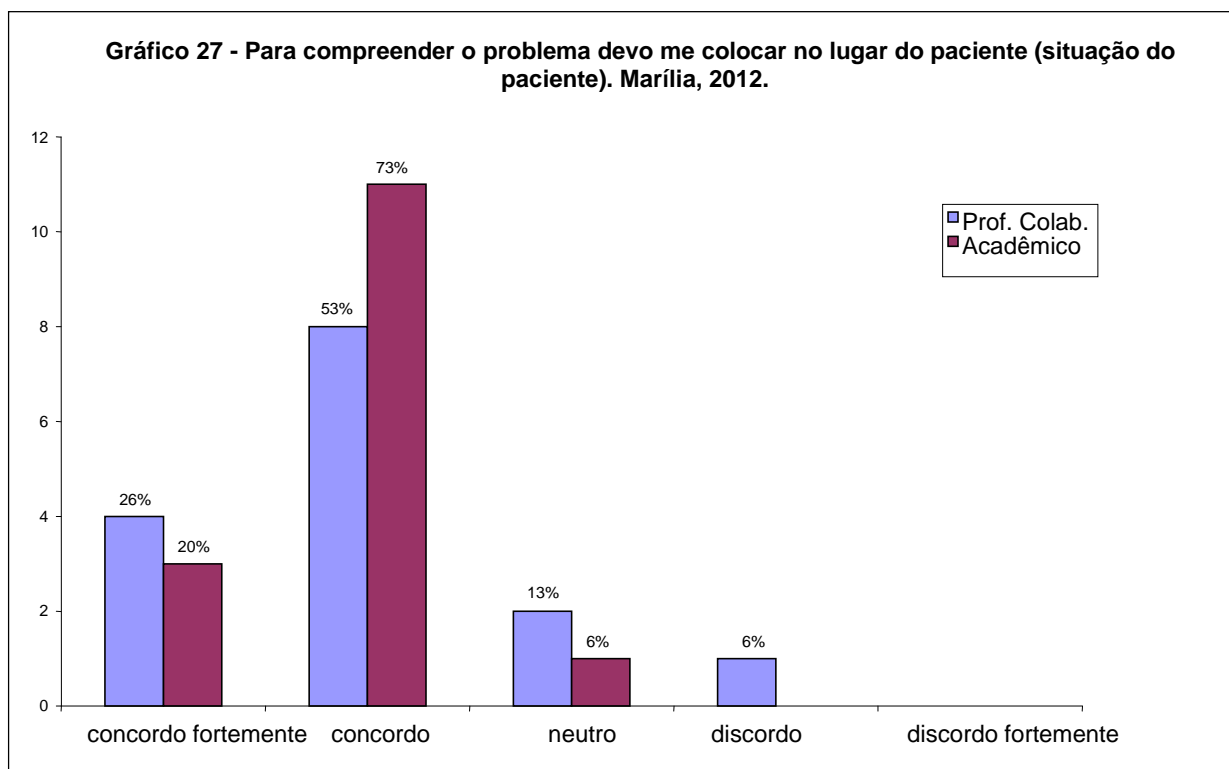
Observamos que 6,66% permaneceu nulo, 63% concordaram, 53,33% mantiveram-se neutros, 13,33% discordaram e 13,33% discordaram fortemente. Já entre os estudantes 20% concordaram fortemente, 53,33% concordaram, 20% mantiveram-se neutros e 6,66% discordou fortemente (Gráfico – 26).



Fonte: Do autor

A situação do paciente foi abordada na **Questão 24** – que afirmou que para compreender o problema é necessário se colocar no lugar do paciente.

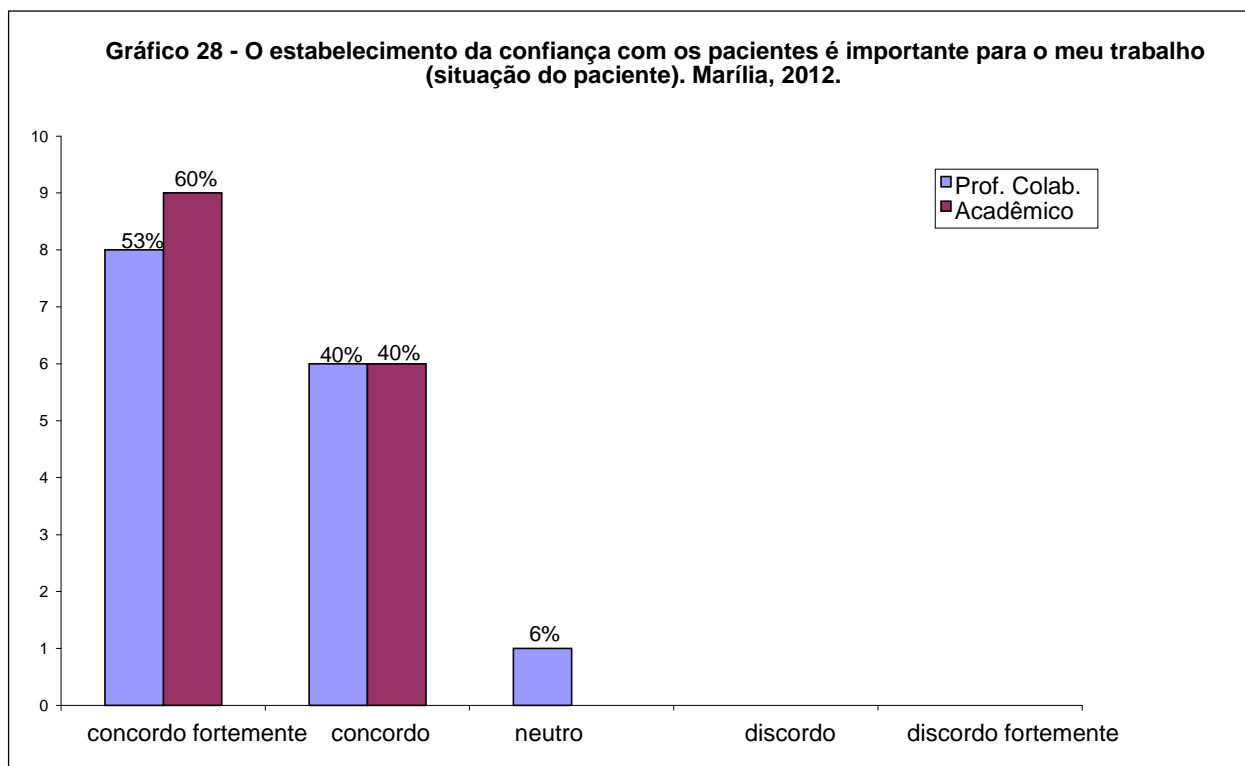
Em relação aos professores 26,66% concordaram fortemente, 53,33% concordaram, 13,33% mantiveram-se neutros e 6,66% discordou. Entre os estudantes 20% concordaram fortemente, 73,33% concordaram, 6,66% mantiveram-se neutros (Gráfico – 27).



Fonte: Do autor

Ainda em relação à situação do paciente a **Questão 25** – afirmou que o estabelecimento da confiança com os pacientes é importante para o trabalho.

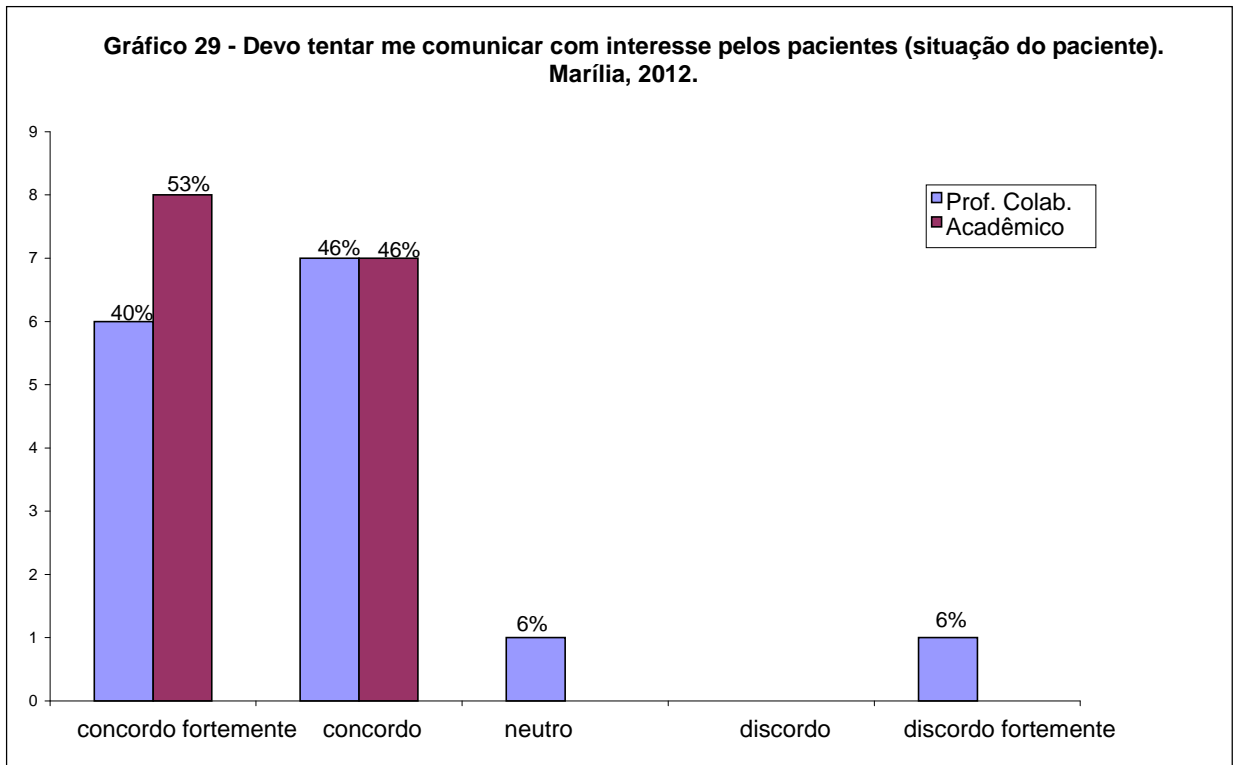
Foi observado que os professores 53,33% concordaram fortemente, 40% concordaram e 6,66% mantiveram-se neutro. Dos estudantes 60% concordaram fortemente e 40% concordaram (Gráfico – 28).



Fonte: Do autor

A **Questão 26** afirmou que se deve tentar comunicar com interesse pelos pacientes .

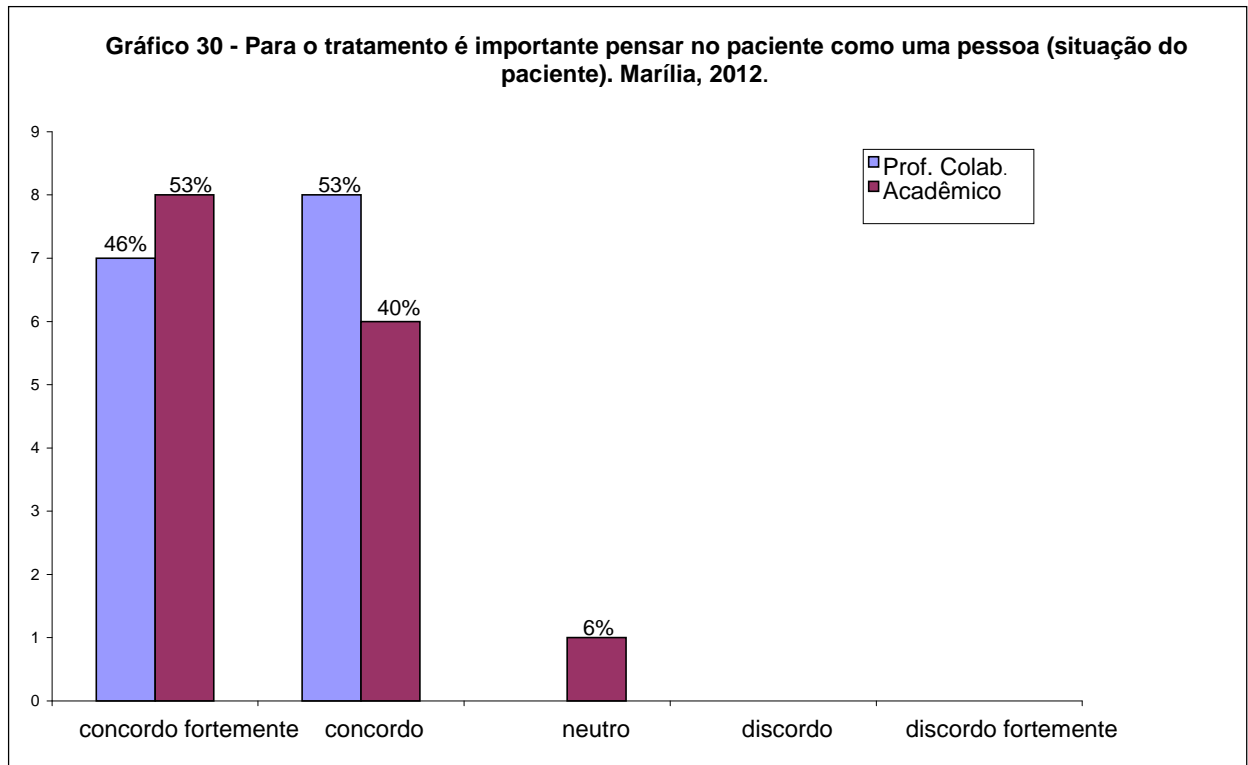
Nesta condição 40% dos professores concordaram fortemente, 46,66% concordaram, 6,66% foi neutro e 6,66% discordou fortemente. Quanto aos estudantes 53,33% concordaram fortemente e 46,66% concordaram (Gráfico – 29).



Fonte: Do autor

A **Questão 27** afirmou que para o tratamento é importante pensar no paciente como uma pessoa.

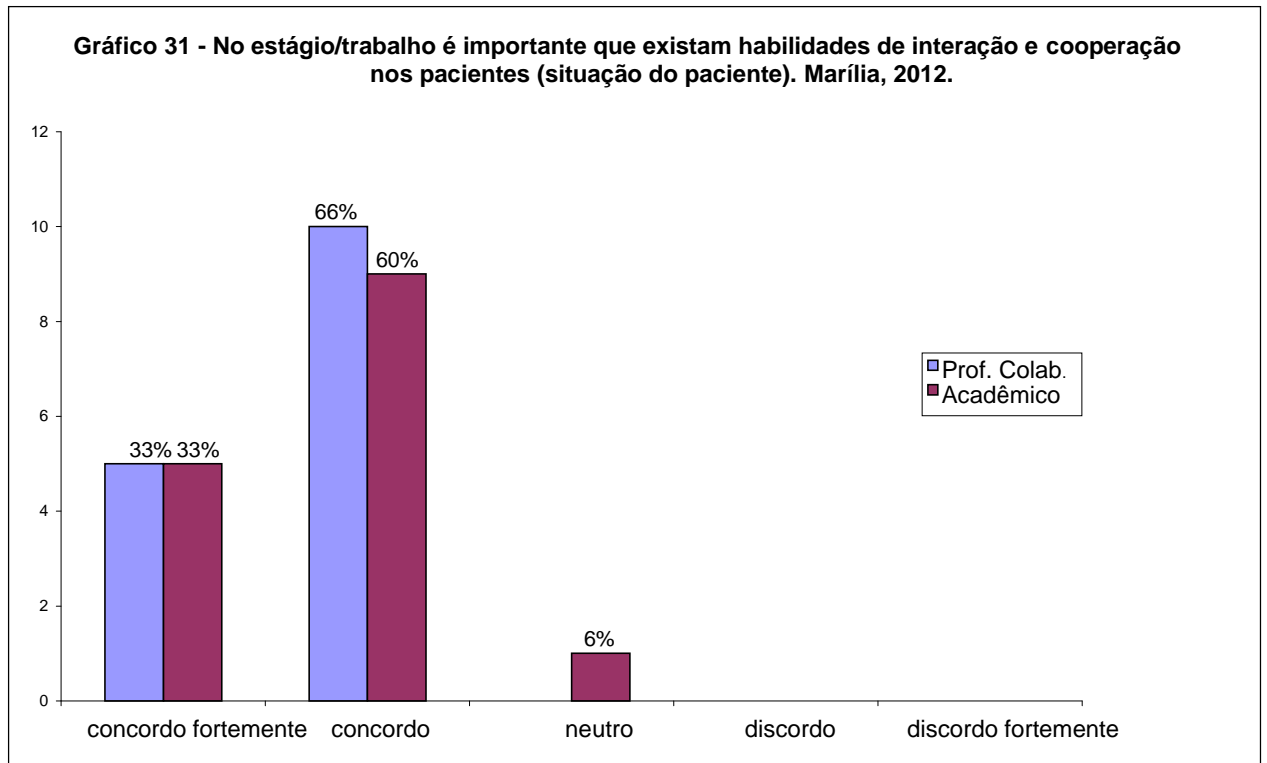
Neste item, 46,66% dos professores concordaram fortemente, 53,33% concordaram. Dos estudantes 53,33% concordaram fortemente, 40% concordaram e 6,66% mantiveram-se neutro (Gráfico – 30).



Fonte: Do autor

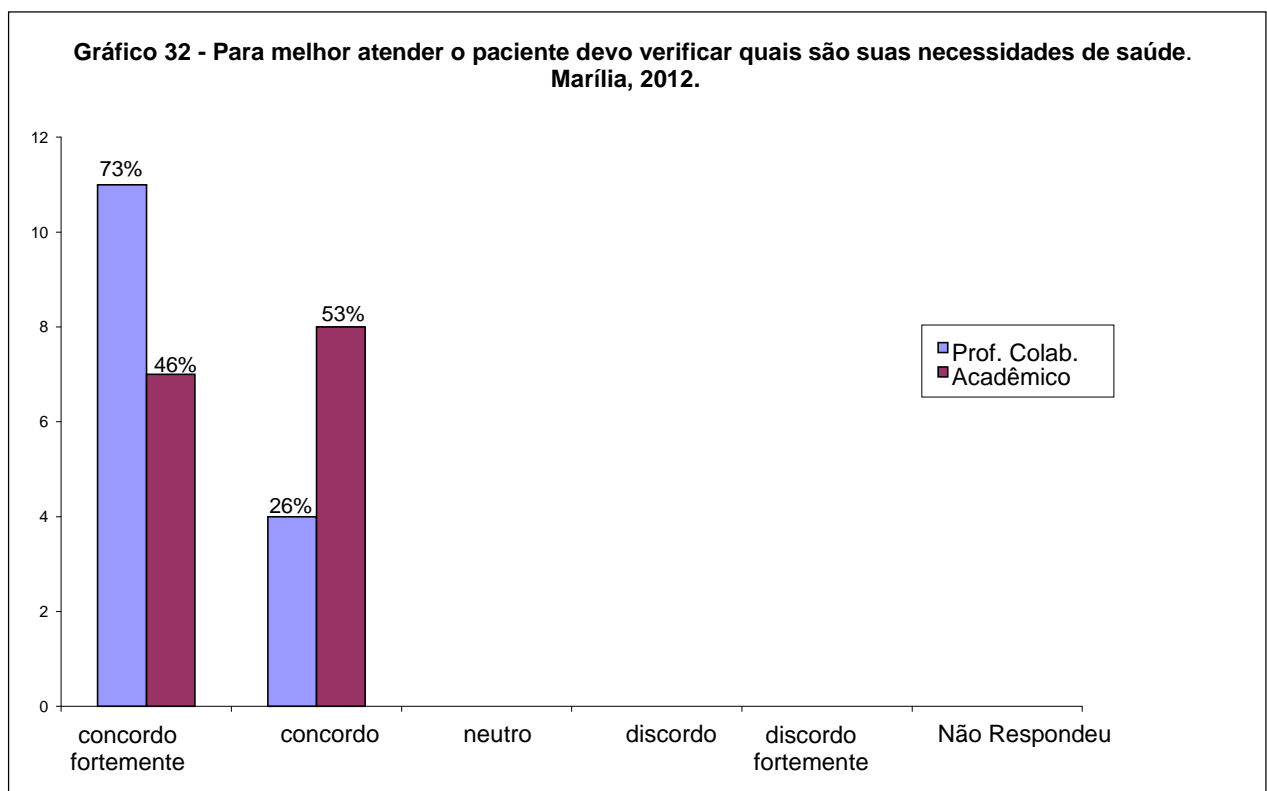
As inter-relações foram abordadas na **Questão 28** que afirmou que no estágio/trabalho é importante que existam habilidades de interação e cooperação com os pacientes.

Quanto aos professores 33,33% concordaram fortemente e 66,66% concordaram. Já entre os estudantes 33,33% concordaram fortemente, 60% concordaram e 6,66% foi neutro (Gráfico – 31).



Fonte: Do autor

Finalmente a **Questão 29** afirmou que para melhor atender o paciente deve-se verificar quais são suas necessidades de saúde. Entre os professores 73,33% concordaram fortemente e 26,66% concordaram. Para os estudantes 46,66% concordaram fortemente e 53,33% concordaram (Gráfico – 32).



5. DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

A aproximação e entendimento dos conceitos que sustentam as abordagens pedagógicas são essenciais para que as DCNs se efetivem como estratégia de mudança.

Nesta pesquisa, a verificação dos níveis de concordância/discordância destes conceitos balizou o entendimento das demais assertivas propostas pela escala de percepção do trabalho interprofissional (RIPLS).²⁹

Primeiramente, a Aprendizagem Baseada em Problemas foi avaliada conceitualmente por sustentar a maioria das atividades pedagógicas propostas ao curso. Assim, a mesma como método de ensino deve ser compreendida por todos aqueles que participam sejam como propositores curriculares (os professores) sejam como realizadores das tarefas propostas (os estudantes).

Não causou-nos estranheza o fato de que em nossos resultados os estudantes tenham concordado mais que os professores acerca deste conceito. Além disto, 13,33% professores permaneceram neutros o que parece não ser justificável àqueles que têm a missão de tornar o currículo conhecido e possível de implementação.

Este maior nível de concordância por parte dos estudantes parece ser explicável ao considerar a origem dos docentes que supervisionam as atividades. A maioria destes foi graduada em escolas tradicionais de Enfermagem e apesar de terem sido capacitados e de reconhecerem que possuem competências para desenvolver o trabalho, os estudantes de fato viveram durante as séries iniciais a realidade do processo.

Na realização destas atividades, o ensino-aprendizagem é direcionado para o desenvolvimento da capacidade do estudante de construir ativamente seus conhecimentos, articulando vivências prévias com o estímulo proporcionado pelos problemas de saúde-doença selecionados para o estudo. Além disto, desenvolve e utiliza o raciocínio crítico e habilidades de comunicação para a resolução de problemas clínicos, e entende a necessidade de aprender ao longo da vida.³⁷

Portanto, tornar o conceito da ABP mais conhecido e pactuado para todos os professores envolvidos poderia melhorar o método de ensino e redirecionar o aluno caso fosse necessário. A metodologia ativa favorece o estudo autodirigido, mas nem sempre o aluno seguirá o caminho adequado se o professor não dominar o método. Assim podemos inferir que quando um professor não acredita ou não

compreende o conceito do método, como pode ser observado em nossos resultados, ele poderá comprometer o processo de aprendizagem estudantil por omissão ou intromissão ao dar (ou não) outra direção aos estudos.

A falta de familiaridade com o método pode despertar nos estudantes a sensação de que não sabem o que deveriam estar aprendendo, pelo menos inicialmente. Além disso, a falta de sucesso com o método pode estar associada à carência de suporte apropriado do corpo acadêmico e institucional para sua implementação.³⁸

Outro conceito essencial que sustenta a fundamentação das DCNs diz respeito ao Trabalho Interprofissional, que foi abordado na questão 2. Segundo esta assertiva, a Educação Interprofissional significa uma proposta onde duas ou mais profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, na melhoria da qualidade no cuidado ao paciente. É considerado um estilo de educação que prioriza o trabalho em equipe, a integração e a flexibilidade da força de trabalho que deve ser alcançada com um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão.

Os professores concordaram mais fortemente com a mesma, mas ambos os grupos, em sua maioria, ao concordar com o conceito indicam que compreendem o trabalho interprofissional como uma possibilidade de colaboração e aprendizado.

Segundo Barr e Low³⁹ a Educação Interprofissional permite a troca de experiências e conhecimentos. Quando os estudantes compartilham as suas percepções, valores, papéis e responsabilidades, facilitam a interação e a co-reflexão entre eles. Isso permite focalizar as necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades como centrais ao seu processo de aprendizagem, melhorando a sua qualidade de atendimento, os resultados de saúde e bem-estar.

Uma força de trabalho colaborativa preparada para a prática é uma maneira específica de descrever profissionais de saúde que tenham recebido um treinamento eficaz sobre educação interprofissional. A mesma refere-se às ocasiões nas quais estudantes de duas ou mais profissões aprendem juntos durante parte significativa ou mesmo durante todo o tempo de seu treinamento profissional com o objetivo de cultivar e desenvolver práticas colaborativas para promover o cuidado em saúde centrado na pessoa.⁴⁰

A situação atual da colaboração interprofissional no mundo vem identificando mecanismos que resultam no trabalho colaborativo em equipe bem

sucedido, cujo objetivo é fornecer ideias que auxiliarão a educação interprofissional de saúde e a prática colaborativa que serão mais benéficas nos sistemas de saúde onde são fragmentados e com dificuldades para gerenciar as necessidades de saúde atendidas.

A atual e futura força de trabalho de saúde é desafiada a prestar serviços diante de problemas cada vez mais complexos, a educação interprofissional ajuda a aprender habilidades necessárias para se tornarem parte da força de trabalho colaborativa preparada para prática.⁴¹

Trata-se, portanto, de um passo fundamental na transição dos sistemas de saúde fragmentados para uma posição mais fortalecida compreendendo como otimizar as habilidades de seus membros, compartilhar o gerenciamento de casos e prestar serviços de melhor qualidade a pacientes e a comunidade.¹¹

Para Mângia⁴², a educação interprofissional é pouco ou nada sistematizada e desenvolvida nos atuais currículos universitários, mas tem se constituído como importante eixo orientador dos programas do Ministério da Saúde do Brasil que incorporaram o conjunto das profissões da saúde. Tal tendência deverá ser fortalecida nos próximos anos e se configurar como uma nova guinada no ensino em saúde, de forma que é importante que esse debate cresça e ganhe maior visibilidade no contexto acadêmico.

Em vários países, experiências de ensino interprofissional em saúde apresentaram mudanças consistentes no perfil dos profissionais formados. No Brasil como em vários países no mundo, questiona-se sobre qual o papel do sistema educacional, incluindo o universitário, no processo de formação das pessoas na sociedade, bem como de sua articulação com setores específicos desta. Nessa perspectiva, há necessidade de se redirecionar a formação inicial, colocando em questão os modelos e valores a serem construídos na prática. Importante ressaltar que a prática não deve se reduzir a eventos empíricos ou ilustrações pontuais, mas deve exigir uma intencional e contínua postura de problematização do vivido, observado, discutido. Dessa forma, toda atividade, ao incorporar uma intencionalidade, ou seja, uma finalidade previamente elaborada pelo sujeito torna a ação consciente, relacionando de forma indivisível a teoria e a prática, a prática consciente, dinâmica, podendo ter a interferência dos seres humanos na transformação da realidade.³⁴

Ainda segundo Aguilar da Silva⁴³, a finalidade de todo o processo está no

entendimento do que subjaz às aparências na realidade, ou seja, a construção de uma leitura crítico-reflexiva da realidade, transformando o estudante/professor/profissional da saúde em sujeito, determinando seu processo de formação e ao mesmo tempo sendo determinado pelo mesmo.

Nesta perspectiva, torna-se importante o desenvolvimento da capacidade de trabalho em equipe, a integração e a flexibilidade da força de trabalho que deve ser alcançada com um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão. Assim, o trabalho em equipe expressa uma possibilidade real de alcançar a integração de diferentes áreas profissionais e disciplinares, incluindo suas intervenções técnicas e a interação dos diferentes profissionais. Por meio desta relação entre trabalho e interação os profissionais da equipe são capazes de construir projetos comuns, que respondam as necessidades de atenção integral dos usuários dos serviços de saúde.⁴⁴

Apesar das modificações curriculares realizadas na Famema sabe-se que a estruturação dos cenários de aprendizagem nos serviços está longe de ser o ideal, uma vez que ainda apresenta grande especialização em categorias e procedimentos e ao mesmo tempo vem sendo pressionada para diminuir a fragmentação de suas abordagens aos pacientes, seja por razões de eficácia ou mesmo de equacionamento de custos.

Trata-se ainda de um setor no qual prevalecem profissionais liberais de várias formações que obedecem e, frequentemente, privilegiam orientações exteriores a organização, como aquelas provenientes dos conselhos de classe. Além disso, os membros das equipes da saúde atuam sobre problemas de extrema complexidade, realizam tarefas interdependentes e sobre as quais possuem controle relativo e cujos desdobramentos são sempre incertos, já que condicionados por vários fatores.

Assim, nossos resultados levantam perguntas sobre até que ponto as experiências de aprendizagem e oportunidades anteriores, sejam de docentes ou estudantes, influenciaram na efetividade das DCNs propostas no currículo.

A maioria dos alunos parece receptiva para trabalhar em equipe interprofissional. O conceito de Trabalho em Equipe obteve 100% de concordância por parte dos mesmos enquanto que no grupo de professores 6,66% mantiveram-se neutros.

Quanto à aplicação da escala RIPLS referente ao Trabalho em Equipe e Efetiva Colaboração ambos os grupos revelam existir concordância com as assertivas, questões de 8 a 14, que tratam desta condição.

Entretanto, interessante constatar que os estudantes valorizam mais que os professores a confiança e respeito no processo de aprendizagem e atuação profissional (Questão – 9). Isto demonstra que os alunos realmente acreditam que a relação respeitosa entre profissionais que atuam em uma equipe é fundamental para um processo de trabalho colaborativo e aprendizado eficaz, onde a interação com os professores é uma das principais fontes para a melhoria da qualidade motivacional.

Segundo Berbel⁴⁵ a empatia facilita a identificação pessoal com aquilo que ele apresenta em sala de aula ou durante os estágios, possibilitando a valorização das atividades e conteúdos propostos e a internalização das exigências ou demandas externas. Neste último aspecto, os estudantes endossam ou passam a perceber, realizando assim um trabalho de qualidade, o que contribui para o fomento da motivação autônoma que é associada com processamento profundo das informações, criatividade, persistência, preferência por desafios, entre outros resultados positivos.

Achados internacionais de três grupos de pesquisadores^{46, 47, 48} corroboram nossos resultados ao revelar que os estudantes apresentam uma maior compreensão do trabalho em equipe e colaboração após uma intervenção interprofissional de aprendizagem.

Assim nossa pesquisa aponta um ganho curricular e profissional, uma vez que o trabalho em equipe pode beneficiar os pacientes. Isto sugere que a proximidade dos alunos de enfermagem com outros profissionais de saúde pode gerar atitudes positivas em relação à cooperação e adiciona peso ao argumento de que as atividades de educação interprofissional são efetivas durante os estágios supervisionados hospitalares.

Segundo Reid et al.⁴⁹ um elevado nível de concordância na condição de trabalho em equipe é indicativo de uma combinação de fatores situacionais em vez de apenas proximidade com outros profissionais.

Este nível de concordância dos estudantes pode estar relacionado ao fato de que os mesmos trabalham em grupos desde o início do curso na Famema e esta atitude mais positiva pode demonstrar que os mesmos estão mais resilientes a este

tipo de proposta. Preocupa-nos o fato de que uma parcela dos professores tenha se mantido neutra nesta condição.

Furegato⁴⁶ ressalta a importância do trabalho em equipe ao considerar que os pacientes merecem serem cuidados no momento em que necessitam e de maneira ampliada. Segundo o autor, a equipe deve ter consciência de tudo o que está acontecendo para obter a confiança do paciente nesta circunstância.

O mundo de hoje está mais competitivo e os gastos em saúde nunca foram tão elevados, assim como a pressão para que as organizações de saúde sejam mais competitivas. Na busca de resultados, cada vez mais positivos, a necessidade de trabalhar em grupo como forma estratégica de atingir objetivos globais, exige, por isso, a máxima performance das suas equipes.

A passagem da ação individual para o trabalho de grupo traz grandes implicações. Atualmente, podemos identificar vários grupos de trabalho, nas mais diferentes situações. Alguns conseguem tornarem-se equipes, outros permanecem grupos. Durante nossa pesquisa este ponto causou-nos inquietação e parece-nos que em muitos momentos as atividades hospitalares são realizadas mais em grupo do que em equipe.

Yehle (2013)⁵⁰ propõe que os fatores macro dentro da organização educacional como a filosofia organizacional de apoio, apoio administrativo e de comunicação, devem estar alinhados dentro do ambiente de aprendizagem, para que possam ter impacto sobre atitudes e práticas futuras. Ainda segundo o mesmo, a formação clínica dos enfermeiros no ambiente de estágio hospitalar contribui para atitudes colaborativas acarretando num melhor custo-benefício e em uma melhor assistência ao paciente.

Importante ressaltar que para a efetivação do trabalho em equipe é indispensável o entendimento do referencial conceitual de competências profissionais.

Apesar de nossos resultados terem revelado concordância total de ambos os grupos para o conceito, o grupo de estudantes concorda mais fortemente do que o de professores.

Atualmente o mundo do trabalho em saúde passa por transformações consistentes acerca das competências de cada profissão. Estas têm sido trabalhadas numa perspectiva que considera três grandes grupos: o primeiro refere-se às competências comuns que são aquelas de domínio compartilhado de varias

profissões; o segundo refere-se às competências colaborativas que ressaltam o trabalho em equipe e a troca de conhecimentos entre as profissões e finalmente, o terceiro trata a competência específica que esbarra na necessidade de considerar as limitações pessoais para o exercício profissional.⁹

Constatamos que um dos principais focos do sistema de saúde brasileiro são as questões da reforma dos currículos dentro do setor do ensino superior. Estas reformas segundo as DCNs devem buscar a promoção da colaboração interprofissional e proporcionar o melhor cuidado do paciente/cliente. Entretanto, apesar do esforço presente nas DCNs que detalhou as competências e habilidades para cada área profissional, na prática da Famema, constatamos que ainda existe um acirramento de funções e realização de tarefas que impossibilitam os avanços curriculares.

Segundo Reid et al.⁴⁹ os profissionais que trabalham juntos em equipes estão mais familiarizados com as funções uns dos outros e com as atividades da prática, compreendendo as competências comuns, colaborativas e específicas e isso acaba por melhorar a eficácia e efetividade de atendimento aos pacientes e suas famílias.

Na Famema o fato de estudantes de Enfermagem e Medicina trabalharem juntos desde o início do curso pode ser um indicativo que sustenta a maior concordância deste grupo quanto ao entendimento do que seja competência profissional.

Yehle⁵⁰ corrobora nossa impressão quando afirma ser importante que alunos de cursos distintos trabalhem e estudem juntos para tornarem-se profissionais de saúde qualificados e com conhecimento adequado das profissões uns dos outros.

Esta afirmativa remete ao entendimento da organização curricular. Mesmo muito antes da promulgação das DCNs a Famema realizou esforços no sentido de transformar os currículos dos cursos de medicina e enfermagem. O principal movimento registrado foi o da elaboração de currículos orientados por competências profissionais e centrados no estudante que pretenderam avançar diante da concepção do então chamado currículo tradicional.

Apesar disto, quando avaliamos estes conceitos de currículo tradicional e interdisciplinar, constatamos que em ambos os grupos não existe clareza conceitual sobre o que significa cada um. Tanto professores quanto estudantes ocupam

distintos níveis de concordância/discordância/neutralidade. Isto é preocupante e aponta a necessidade de clareamento sobre o tipo de currículo que a Famema adota.

Segundo o Projeto Pedagógico do curso de Enfermagem, as estratégias propostas superam a organização curricular tradicional e avançam para a interdisciplinariedade ao adotar métodos ativos de ensino/aprendizagem. Entretanto, nossos resultados revelaram não ser de conhecimento ou concordância dos grupos, esta opção.³⁷

Este é um dos grandes desafios para todos da Famema que são responsáveis em realizar modificações curriculares. Clarear a todos os envolvidos a intencionalidade das abordagens pedagógicas. Isto porque as mesmas causam impactos sobre as percepções de ensino/aprendizado que são traduzidas em mudanças de comportamento para professores e estudantes.

Segundo Williams et al.⁵¹ as atitudes e consciência de estudantes sobre a organização curricular podem levar a mudanças comportamentais na prática profissional. Consequentemente, quando os mesmos incorporam e entendem estratégias como a aprendizagem autêntica, interativa e baseada em problemas, ocorre uma mudança na prestação de cuidados de saúde.

Cooper et al.⁵² relataram que intervenções de avaliação sobre a percepção de estudantes acerca dos currículos são mais efetivas quando realizadas no final do da graduação uma vez que, neste período já existe uma construção e um sentido da própria identidade profissional e do quanto o currículo contribuiu para isto.

A construção da identidade profissional passa necessariamente pelos mecanismos de identificação profissional. Nossos resultados demonstraram que as maiores fragilidades estão localizadas nesta categoria. Os estudantes foram unânimes na Q-16 (100%) ao considerar que o trabalho em equipe durante o estágio melhora a percepção sobre o que é a profissão de enfermeiro. Entretanto, nem todos os professores concordaram com esta afirmativa.

Segundo Prestes⁵³ a construção da identidade profissional na enfermagem é complicada, uma vez que a profissão tem sua história construída a partir da sexualidade feminina onde eram assumidas características esperadas das mulheres da época como submissão e inferioridade. Além disto, relata que, não saber qual seu papel na equipe pode ser derivado da indecisão de onde a enfermagem se situa enquanto ciência, pois o trabalho da enfermagem está

localizado na interface de outros trabalhos na área da saúde. A profissão de enfermeiro possui caracteres que mais ou menos a identificam com a forma como seus saberes são constituídos, seus interesses, seus instrumentos, objetos de trabalho e suas formas de organização.

Estes processos levam tempo para serem efetivados e a construção desta identidade passa necessariamente pela socialização na profissão.⁵⁴

Barr et al (2005)⁵⁵ argumentaram que estudantes quando constroem a identidade profissional compartilhando espaços e estratégias pedagógicas tendem a possuir atitudes mais positivas para a colaboração profissional ajudando a destruir estereótipos negativos quanto às diversas profissões.

Curran et al (2010)⁵⁶ também concordam com esta posição, acrescentando que, para garantir o sucesso, iniciativas conjuntas de aprendizagem e colaboração profissional garantem o desenvolvimento de competências minimizando o impacto de sobreposição das diversas áreas do conhecimento.

Esta vivência compartilhada entre estudantes e profissionais garante que os mesmos construam sua identidade, entendem seus papéis e determina os limites de cada profissão.⁵¹

Isto acarreta grande impacto sobre a qualidade dos serviços, pois relaciona o entendimento do que é ser enfermeiro (construção da identidade) com a responsabilidade sobre o doente.

Estas características foram verificadas por meio das questões de 22 a 29 e abordaram aspectos relativos ao objeto da clínica e situação do paciente.

Nossos resultados revelaram uma indefinição em ambos os grupos acerca do entendimento do objeto da clínica no que se refere a diagnóstico e tratamento. Isto reflete necessariamente ao conceito de competência profissional, sobretudo em relação às competências específicas.

Quanto a situação do paciente (questões de 24 a 29), apesar de a maioria tender aos mesmos níveis de concordância em ambos os grupos, parece também ainda haver indefinição principalmente no que se refere à abordagem das necessidades de saúde. Isto corrobora os resultados encontrados acerca da compreensão do conceito de necessidades de saúde onde em ambos os grupos constatamos parcelas de discordância e neutralidade.

Barr et al.⁵⁵ relataram que em seus estudos com grupos que contavam com médicos e enfermeiros, a vivência interprofissional aumentou a compreensão

sobre as práticas uns dos outros causando maior efetividade sobre o cuidado ao paciente.

Estudos semelhantes do Departamento de Saúde Mental da Bristol Medical School no Reino Unido (1995)⁵⁷ avaliaram um programa de educação interprofissional para estudantes de medicina e enfermagem no último ano de formação, considerando ações cooperativas em pequenos grupos com tarefas compartilhadas. Estas tarefas incluíram aspectos de comunicação com pacientes mutilados e as respectivas responsabilidades profissionais sobre o doente. Ao final ambos os grupos relataram haver maior compreensão do conhecimento e habilidades, funções e deveres da outra profissão.

Outros autores, Paulette et al. (2010)⁵⁸; Parsell (1999)⁵⁹, também relataram em seus estudos que vivências compartilhadas reforçaram a percepção dos alunos quanto ao trabalho interprofissional e a responsabilidade sobre o doente.

Entretanto, Glen e Reeves⁶⁰ constataram em suas pesquisas que alguns grupos demonstraram visões estereotipadas sobre outras profissões o que diminuiu a motivação para o aprendizado em tais circunstâncias.

Segundo Steinert (2005)⁶¹ a resistência em determinar as responsabilidades pode ter origem entre os membros por ações defensivas, de falta de respeito, ou simplesmente por falta de conhecimento dos papéis e responsabilidades.

6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Este estudo apresentou um aprofundamento sobre as atividades de ensino nos cenários de prática do internato hospitalar do curso de Enfermagem. As categorias analisadas de referencial pedagógico, trabalho em equipe e efetiva colaboração, identidade profissional e responsabilidade sobre o doente revelaram ser cruciais para o aperfeiçoamento curricular e implantação efetiva das DCNs.

O instrumento aplicado demonstrou que existem discrepâncias de entendimento por parte dos estudantes e professores colaboradores acerca dos referenciais teóricos que sustentam a reforma do curso e será necessário um clareamento para a devida apropriação.

Apesar de preconizado, o trabalho em equipe e efetiva colaboração é ainda prática de poucos professores e isto provavelmente deve-se a distintas formações docentes em educação e trabalho colaborativo. Entretanto os estudantes demonstraram estar mais resilientes em concordar com as assertivas que suportam este paradigma. Um programa de desenvolvimento docente específico para estes professores colaboradores pode contribuir para que todos comunguem do mesmo referencial.

A construção da identidade profissional foi reconhecida pelos estudantes e isto nos sugere a efetividade do currículo implantado por meio do trabalho e vivência interprofissional. Entretanto, alguns professores apresentaram uma visão equivocada no que se refere a este aspecto, afirmando não ser possível a construção de uma identidade por meio da identificação e vivência dos processos de trabalho.

Quanto à responsabilidade sobre o doente nossos resultados apontam a necessidade de planejamentos mais participativos que poderão apoiar a construção de expectativas comuns entre professores, estudantes e pacientes.

A utilização de Metodologias ativas de ensino parece reforçar a intencionalidade de implantação das DCNs e a otimização da gestão curricular pode aprimorar este processo. Acreditamos que outros estudos devem abordar estas perspectivas para professores e estudantes qualificando nossos resultados e contribuindo para complementação das informações obtidas no presente estudo.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Pagliosa FL, Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal: Rio de Janeiro. Rev Bras Educ Med. 2008;32(4):492-9.
2. Mamede S, Pena Forte JC. Aprendizagem baseada em problemas: escola de saúde pública do Ceará. Fortaleza (CE): Hucitec; 2001.
3. Komatsu RS, Lima VV, Padilha SC, Silva RF, Ventureli J, Zanolli MB. Um novo currículo médico na FAMEMA dois anos de experiência na mudança em direção a um aprendizado integrado baseado em problema, centrado no estudante e orientado a comunidade. Rev Educ PUC – Campinas [Internet]. 2000 dez [citado 28 dez 2012];(9):40-6. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/reeducacao/article/view/405/385>
4. Schmidt HG. Foundations of problem-based learning: some explanatory notes. Med Educ. 1993;27(5):422-32.
5. Cecílio LCO. Inventando a mudança na saúde. 3a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.
6. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2001. p. 113-26.
7. Aguiar-da-Silva RH. Currículo integrado por competências profissionais: reflexão sobre o trabalho desenvolvido na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Gestão Univ [Internet]. 2006 [citado 28 dez 2012];(87). Disponível em: http://www.gestaouniversitaria.com.br/index.php?view=article&catid=59%3A87&id=280%3Acurrículo-integrado-por-competencias-profissionais&format=pdf&option=com_content&Itemid=21
8. Aguiar-da-Silva RH, Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. Rev Aval Educ Sup. 2011;16(1):165-82.
9. Menezes, E T, Santos, TH. DCNs (Diretrizes Curriculares Nacionais)" (verbete). Dicionário Interativo da Educação Brasileira - EducaBrasil. São Paulo: Midiamix Editora, 2002, <http://www.educabrasil.com.br/eb/dic/dicionario.asp?id=96>, Acesso em 7/5/2013
10. MEC. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares – Curso de Graduação. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991 Acesso em 03 jun 2013

11. Santana FR, Nakatani AYK, Souza ACS, Esperidião E. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem: uma visão dialética. Rev Eletron Enferm [Internet]. 2005 [citado 27 maio 2013];7(3):295-302. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/904/1102>
12. Brasil. Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria da Educação Superior. Edital nº 4/97 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Educação e do Desporto; 1997. [citado 28 dez 2012]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>
13. Xavier IM. Graduação em enfermagem como o lócus da formação do enfermeiro: diretrizes curriculares e projeto pedagógico. Rev Bras Enferm. 2001;54(1):5-6.
14. Ribeiro JP, Tavares M, Esperidião E, Munari BD. Análise das diretrizes curriculares: uma visão humanista na formação do enfermeiro. Rev Enferm UERJ. 2005;13(3):403-9.
15. Brasil. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 9 nov 2001; Seção 1:37.
16. Santos SSC. Perfil de egresso de curso de enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. Rev Bras Enferm. 2006;59(2): 217-21.
17. Faustino RLH, Moraes MJB, Oliveira MAC, Egrý EY. Caminhos da formação de enfermagem: continuidade ou ruptura? Rev Bras Enferm. 2003;56(4):343-7.
18. Nevo D. Role of the evaluator. In: Walber H, Haertel G, editors. The international encyclopedia of educational evaluation. Oxford: Pergamon Press; 1990. p. 89-91
19. Ludke M, Salles MMQP. Avaliação da aprendizagem na educação superior. In: Leite DBC, Morosini M, organizadoras. Universidade futurante: produção do ensino e inovação. Campinas (SP): Papyrus; 1997. p. 169-200.
20. Kraemer MEP. Avaliação da aprendizagem como construção do saber. Gestão Univ [Internet]. 2006 [citado 28 dez 2012];(104). Disponível em: http://www.gestaouniversitaria.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=344:avaliacao-da-aprendizagem-como-construcao-do-saber&catid=72:104&Itemid=21
21. Marília. Prefeitura Municipal. Dados de Marília [Internet]. Marília (SP): Prefeitura Municipal; [2013]. [citado 10 jun 2013]. Disponível em: http://www.marilia.sp.gov.br/prefeitura/?page_id=361

22. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 7a ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 1996.
23. Nunes CSC. O sentido da formação contínua de professores: o mundo do trabalho e a formação de professores no Brasil [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000. 152 p.
24. Enricone D. Pressupostos teóricos sobre a prática avaliativa. In: Enricone D, Grillo M. Avaliação: uma discussão em aberto. Porto Alegre (RS): EDIPUCRS; 2000. p. 27-42.
25. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault RA. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 1997. p. 29-47.
26. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública, 1993;9(3)239-48.
27. Faculdade de Medicina de Marília – Famema [Internet]. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; c2003-2013 [citado 4 maio 2013]. Disponível em: <http://www.famema.br>
28. Peduzzi M. Validação da versão adaptado do questionário de medida da disponibilidade para aprendizagem interprofissional e identidade profissional de estudantes da saúde [Internet]. São Paulo (SP): FAPESP; 2011. Processo nº: 11/11772-9. [citado 25 maio 2012]. Disponível em: <http://www.bv.fapesp.br/pt/auxilios/45894/validacao-da-versao-adaptado-do-questionario-de-medida-da-disponibilidade-para-aprendizagem-interpro/>
29. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;(140): 1-55.
30. Siegel S. Estatística não paramétrica: para as ciências do comportamento. São Paulo (SP): McGraw-Hill; 1975.
31. Jesus ES, Marques LR, Assis LCF, Alves TB, Freitas GF, Oguisso T. Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1): 166-73.
32. Barrows HS. Problem-based learning applied to medical education. Revised edition. Springfield (Illinois): Southern Illinois University School of Medicine; 2000.
33. Batista NA. Campus baixada santista/UNIFESP: educação interprofissional e novas perspectivas para a formação em saúde [Internet]. Santos (SP): UNIFESP [2009]. [citado 29 set 2011]. Disponível em: http://www.unifesp.br/centros/cedess/producao/pôsteres/campus_baixada_santista.pdf

34. Cardoso CG, Hennington EA. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab Educ Saúde*. 2011;9(supl 1):85-111.
35. Leão DMM. Paradigmas contemporâneos de educação: escola tradicional e escola construtivista: *Cad Pesqui* [Internet]. 1999 [citado 28 dez 2012];(107):187-206. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/cp/n107/n107a08.pdf>
36. Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
37. Gomes R, Francisco AM, Tonhom SFR, Costa MCG, Hamamoto CG, Pinheiro OL, Moreira HM, Hafner MLMB. Formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problemas: uma avaliação qualitativa. *Interface Comun Saúde Educ*. 2009;13(28):71-83.
38. Marin MJS, Lima EFG, Paviotti AB, Matsuyama DT, Silva LKD, Gonzalez C, Druzian S, Ilias M. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(1):13-20.
39. Barr H, Low H. Principles of interprofessional education [Internet]. Fareham (UK): Center for Advancement of Interprofessional Education; 2011. [cited 2012 Oct 26]. Available from: <http://www.caipe.org.uk/about-us/principles-of-interprofessional-education/>
40. Center for Advancement of Interprofessional Education - CAIPE. Principles of Interprofessional Education, 2010, disponível em <<http://www.caipe.org.uk/about-us/principles-of-interprofessional-education/>> Acesso em: 26 out. 2012.
41. World Health Organization – WHO. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2012 Oct 25]. Available from: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en
42. Mangia EF. Educação interprofissional para práticas colaborativas: o futuro da formação de recursos humanos em saúde [editorial]. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2010 maio-ago [citado 28 dez 2012];21(2). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14092>
43. Aguilar-da-Silva RH, Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação (Campinas)* [Internet]. 2011 mar [citado 28 dez. 2012];16(1): Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aval/v16n1/v16n1a09.pdf>
44. Peduzzi M. equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.

45. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes; *Semina Cienc Soc Hum*. 2011;32(1):25-40.
46. Furegato ARF. *Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem*. Ribeirão Preto (SP): Scala; 1999.
47. Hind M, Norman I, Cooper S, Gill E, Hilton R, Judd P, Jones SC. Interprofessional perceptions of health care students. *J Interprof Care*. 2003;17(1):21-34.
48. Bradley P, Cooper S, Duncan F. A mixed-methods study of interprofessional learning of resuscitation skills. *Med. Educ*. 2009;43(9):912-22.
49. Reid R, Bruce D, Allstaff K, McLernon D. Validating the readiness for interprofessional learning scale (RIPLS) in the postgraduate context: are health care professionals ready for IPL?. *Med Educ*. 2006;40(5):415-22.
50. Dargahi H, Shhirazi M, Yazdanparast. Interprofessional learning: the attitudes of medical, nursing and pharmacy students to shared learning at tehran University of Medical Sciences. *Thrita Med Sci*, 20023; 1(2):444-48.
51. Williams B, McCook F, Brown T, Palermo C, McKenna L, Boyle M, Scholes R, French J & McCall L. Are undergraduate health care students 'ready' for interprofessional learning?: a cross-sectional attitudinal study. *Internet J Allied Health Sci Pract [Internet]*. 2012 [cited 2013 May 10];10(3):1-11. Available form: <http://ijahsp.nova.edu/articles/Vol10Num3/pdf/williams.pdf>
52. Cooper H, Spencer-Dawe E, McLean E. Beginning the processo f teamwok: design implemenntation and evaluation of na interprofessional education intervention for first year undergraduate students. *J Interprof Care*. 2005;19(5):492-508.
53. Prestes FC, Beck CLC, Silva RM, Simon BS, Prochnow AG. Construção da identidade profissional da enfermagem: revisão de literatura [Internet]. Rio de Janeiro (RJ: ABEEn; [2006?]. [citado 20 maio 2013]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITEen/Arquivos/N.037.pdf>
54. Serra MN. Aprender a ser enfermeiro: identidade profissional em estudantes de enfermagem. *SÍSIFO Rev Cienc Educ [Internet]*. 2008 jan-abr [citado 20 maio 2013];(5):69-80. Disponível em: <http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/Sisifo05MiguelSerra.pdf>
55. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective Interprofessional education: arguments, assumptions & evidence*. Malden (MA): Blackwell Publishing; 2005.
56. Curran VR, Sharpe D, K Flynn, Button P. A longitudinal study of the effect of na interprofessional education curriculum on student satisfaction and attitudes towards interprofessional temawork and educationa. *J Interprof Care*. 2010;24(1):41-52.

57. Carpenter J. Interprofessional education for medical and nursing students: evaluation of a programme. *Med Educ.* 1995;29(4):265-72.
58. Paulette Guitard CJD, Jacinthe S, Lynn M, Caslpo ABL. Assessing interprofessional learning during a student placement in an interprofessional rehabilitation university clinic in primary health care in a Canadian francophone minority context. *J Res Interprof Pract Educ.* 2010;1(3):231-46.
59. Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med Educ.* 1999;(33) 95-100.
60. Glen S, Reeves S. Developing interprofessional education in the pré-registration curricula: mission impossible? *Nurse Educ Pract.* 2004;4(1):45-52.
61. Steinert Y. Learning together to teach together: interprofessional education and faculty development. *J Interprof Care.* 2005;19 Suppl 1:60-75.

ANEXO A

Estudo avaliativo da formação e organização do trabalho de alunos da 4ª série do curso de Graduação em Enfermagem e professores da FAMEMA.

Orientações: estudantes deverão responder somente o item I; professores deverão responder os itens I, II e III

Mestrando: Eduardo Roberto de Freitas da Silva

Orientador: Prof. Dr. Rinaldo Henrique Aguilar da Silva

I – Identificação Pessoal

Estudante ()		Professor ()	
1 – Nacionalidade: () Brasileira () Outra	2 – Gênero: () Masculino () Feminino	3 – Estado civil () Casado () Solteiro () Divorciado () Amasiado () Outros	4 – Nascimento: a) Cidade: _____ b) Estado: _____ c) Data: ___/___/_____ d) Idade: _____ anos

II – Formação Profissional (só professores)

1 – Graduação:		
a) A faculdade onde você se graduou (graduando) é: () Pública () Privada	b) Nome da faculdade: _____ _____	c) Ano da conclusão da graduação: _____

III – Atividade Profissional (só professores)

1 – Atuação na Supervisão de Estágio na Instituição do Complexo FAMEMA: a) Tempo de atuação: ____anos e ____meses	2 – Antes de supervisionar os Estágios na instituição você já supervisionou em outras instituições? () Sim () Não	3 – Qual o motivo que o levou a ser professor colaborador? () Por afinidade à área () Por ter salário extra () Por falta de opção () Para completar a renda () Por ser bem remunerado
4 – Você realizou Capacitação Introdutória para atuar Supervisão de Estágio? () Sim () Não	5 – Você sente-se preparado para atuar na Supervisão de Estágio? () Sim () Não	6 – Você está satisfeito com a sua atuação na Supervisão de Estágio? () Sim () Não
7 – Classifique seu relacionamento com os acadêmicos e profissionais de sua área, em ordem decrescente de 1 a 8, sendo 1 o melhor relacionamento interprofissional:		
() Acadêmicos de Enfermagem	() Enfermeiro	
() Auxiliares de Enfermagem	() Supervisores de Estágio	

Você está respondendo a um questionário de levantamento das percepções sobre a formação e o trabalho no estágio supervisionado. Este questionário é organizado de maneira a obter sua impressão através de uma escala organizada em:

CF- Concordo Fortemente;

C- Concordo;

N- Neutro;

D- Discordo; e

DF- Discordo Fortemente.

Salientamos que só é permitida uma única opção para cada uma das questões apresentadas.

Referencial Pedagógico					
Alternativas	C F	C	N	D	D F
Q1- Aprendizagem Baseada em Problemas significa: A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) é um método de aprendizagem em que os estudantes se deparam inicialmente com um problema, o qual é sucedido por uma investigação em um processo de aprendizagem centrada no estudante. ³²					
Q2- Educação Interprofissional significa: Uma proposta onde duas ou mais profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, na melhoria da qualidade no cuidado ao paciente. É considerado um estilo de educação que prioriza o trabalho em equipe, a integração e a flexibilidade da força de trabalho que deve ser alcançada com um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão. ³³					
Q3- Competência Profissional significa: a competência profissional em saúde é a capacidade circunstancial de mobilizar, articuladamente, os recursos cognitivos, psicomotores e afetivos, visando a abordagem ou resolução de uma situação complexa de vigilância de saúde individual ou coletiva, e gestão do trabalho". ⁷					
Q4- Necessidades de Saúde significa: necessidades de saúde poderiam ser apreendidas, de forma bastante completa, em uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos de necessidades. O primeiro diz ter boas condições de vida, o segundo é ter acesso as tecnologias, terceiro ter vínculos efetivos e o quarto ter autonomia no seu modo de vida. ⁶					
Q5- Trabalho em Equipe significa: Uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, em que a articulação das ações e a cooperação ocorrem através da comunicação. Por meio da relação dialética, entre trabalho e interação, os agentes podem construir um projeto assistencial comum e pertinente para a atenção integral às necessidades de saúde dos usuários. ³⁴					
Q6- Currículo Tradicional significa: Tratar o conhecimento como um conjunto de conteúdos que são transmitidos pelo professor aos estudantes onde os mesmos são receptores de informações, cuja função maior é de memorização. ³⁵					
Q7- Currículo Interdisciplinar significa: Uma forma de trabalhar em sala de aula, no qual se propõe um tema com abordagem em diferentes disciplinas. É compreender, entender as partes de ligação entre as diferentes áreas de conhecimento, unindo-se para transpor algo inovador, abrir sabedorias, resgatar possibilidades e ultrapassar o pensar fragmentado. ³⁶					

Trabalho em Equipe e Efetiva Colaboração					
Alternativas	C F	C	N	D	D F
Q8- O trabalho junto com outros estudantes e enfermeiros durante o estágio me ajuda a tornar-me um membro efetivo de uma equipe de Enfermagem.					
Q9- Para o trabalho e a aprendizagem os estudantes e enfermeiros precisam da confiança e do respeito uns dos outros.					
Q10- Em um trabalho de equipe de as competências são essenciais para que todos possam aprender sobre as necessidades de saúde.					
Q11- A aprendizagem e o trabalho compartilhado me ajudam a entender as minhas próprias limitações.					
Q12- Os pacientes acabam tendo benefícios para a sua saúde quando os estudantes e os enfermeiros trabalham em conjunto para resolver os problemas.					
Q13- A aprendizagem e o trabalho compartilhado aumentam a minha vontade e capacidade para compreender as necessidades de saúde e os problemas clínicos.					
Q14- Comunicação e habilidade devem ser aprendidas em conjunto entre estudantes e enfermeiros.					

Identidade Profissional					
Alternativas	C F	C	N	D	D F
Q15- A aprendizagem e o trabalho conjunto em equipe de Enfermagem me ajudam a comunicar-me melhor com pacientes e com outros profissionais					
Q16- O trabalho em equipe de estudantes e enfermeiros durante o estágio melhora a minha percepção sobre o que é a profissão de enfermeiro					
Q17- A prática compartilhada entre estudantes e enfermeiros no estágio contribui para clarear a natureza dos problemas dos pacientes.					
Q18- No cenário de trabalho sou capaz de construir meu perfil profissional observando a atuação de outros membros da equipe de Enfermagem.					
Q19- Não quero desperdiçar meu tempo trabalhando/aprendendo durante o estágio com outros enfermeiros/estudantes.					
Q20- Não é benéfico para a formação aprender junto com outros profissionais da área da saúde.					
Q21- As competências para a resolução de problemas clínicos são construídas durante o desenvolvimento do trabalho em equipe de Enfermagem.					

Responsabilidade sobre o doente					
Alternativas	C F	C	N	D	D F
Q22- Atingir o diagnóstico será a minha principal função (objeto da Clínica).					
Q23- A minha principal responsabilidade será a de tratar o paciente (objeto da clínica).					
Q24- Para compreender o problema devo me colocar no lugar do paciente (situação do paciente).					
Q25- O estabelecimento da confiança com os pacientes é importante para o meu trabalho (situação do paciente).					
Q26- Devo tentar me comunicar com interesse pelos pacientes (situação do paciente).					
Q27- Para o tratamento é importante pensar no paciente como uma pessoa (situação do paciente).					
Q28- No estágio/trabalho é importante que existam habilidades de interação e cooperação com os pacientes (situação do paciente).					
Q29- Para melhor atender o paciente devo verificar quais são suas necessidades de saúde.					

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título: Avaliação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) no Estágio Supervisionado do Curso de Enfermagem: impacto na formação e organização do trabalho.

Pesquisador Responsável: Eduardo Roberto de Freitas da Silva

Investigador/ Coleta: Eduardo Roberto de Freitas da Silva

Justificativa. Propõe-se o desenvolvimento desta pesquisa com a finalidade de buscar subsídios para melhor fundamentar as ações interprofissionais de estudantes e professores do estágio supervisionado do curso de Enfermagem da Famema, visando auxiliar na construção de um novo modelo de atenção à saúde que possibilite a ampliação dos cuidados a serem desenvolvidos, através da aplicação do referencial utilizado pela academia no ambiente profissional; maior qualidade no atendimento às pessoas que necessitam de terapêutica no âmbito hospitalar e um trabalho em equipe pautado na integralidade dos cuidados.

Os dados serão coletados através de uma escala de percepção da formação interprofissional em saúde (LIKERT), utilizando 30 assertivas organizadas em 5 níveis: 1 Concordo Fortemente; 2 Concordo; 3 Neutro; 4 Discordo; e 5 Discordo Fortemente e realização de Grupo Focal, onde serão gravadas para posterior transcrição e análise pela aplicação da técnica de Análise de Conteúdo. Os resultados serão transcritos, inicialmente na íntegra, mantendo sigilo, respeitando os aspectos éticos. Posteriormente será feita a categorização e unificação dos resultados que mantenham significados semelhantes, procurando desta forma, agrupá-los para análise.

Eu, _____, RG: _____
_____, estou ciente que em nenhum momento serei exposto (a) a riscos devido a minha participação nesta pesquisa e que poderei a qualquer momento recusar a continuar, sem nenhum prejuízo para a minha pessoa. Sei também que os dados da entrevista respondidos por mim serão usados somente para fins científicos e que os resultados obtidos poderão ser usados para divulgação em eventos científicos e publicações, com garantia de anonimato. Fui informado (a) que não terei nenhum tipo de despesa nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nessa pesquisa, como ainda poderei conhecer os resultados desse estudo quando solicitar. Diante do exposto, concordo, voluntariamente, em participar da referida pesquisa.

Local: Marília – Ass.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante (Pesquisado)

Pesquisador: Eduardo Roberto de Freitas da Silva
RG. 18.634.286-X COREN. 100591
(14)3402-1744 R. 1742
edudrica@ig.com.br

ANEXO C

Resultados da estatística descritiva

Resultado da relação entre as respostas dos Enfermeiros e as dos Professores: ANOVA – one way (análise de variância não paramétrica- Kruskal-Wallis, com pós teste de comparações múltiplas S-N-K, quando $p < 0,05$) para comparar médias dos escores, para cada questão, entre as respostas de professores e enfermeiros. (NS= não significante).

	Questões	Professores Média escores (SD)	Alunos Média escores (SD)	Teste Kruskal- Wallis
Referencial pedagógico	Q1	2,0 (0,53)	1,47 (0,52)	P=0,0310*
	Q2	1,67 (0,97)	1,87 (0,83)	NS
	Q3	1,53 (0,52)	1,27 (0,46)	NS
	Q4	1,6 (0,63)	1,87 (1,12)	NS
	Q5	1,4 (0,51)	1,40 (0,51)	NS
	Q6	1,8 (0,86)	1,87 (1,25)	NS
	Q7	1,93 (0,70)	1,73 (0,70)	NS
Trabalho em equipe	Q8	1,73 (0,80)	1,33 (0,49)	NS
	Q9	1,47 (0,52)	1,07 (0,26)	P= 0,06*
	Q10	1,6 (0,51)	1,7 (0,72)	NS
	Q11	1,6 (0,63)	1,4 (0,51)	NS
	Q12	1,7 (0,81)	1,6 (0,91)	NS
	Q13	1,53 (0,83)	1,33 (0,49)	NS
	Q14	1,53 (0,83)	1,33 (0,49)	NS
Identidade profissional	Q15	1,6 (0,63)	1,4 (0,50)	NS
	Q16	2,2 (0,77)	1,0 (0)	P<0,0001*
	Q17	2,1 (0,70)	1,53 (0,74)	P=0,05*
	Q18	2,29 (0,82)	1,50 (0,75)	P=0,0362*
	Q19	4,28 (1,07)	4,85 (0,36)	NS
	Q20	4,77 (0,44)	4,80 (0,41)	NS
	Q21	2,14 (1,03)	2,20 (0,67)	NS
Responsabilidade sobre o paciente	Q22	2,93 (1,16)	3,13 (1,18)	NS
	Q23	2,85 (1,29)	2,90 (1,20)	NS
	Q24	2,13 (1,06)	1,86 (0,51)	NS
	Q25	1,53 (0,52)	1,40 (0,51)	NS
	Q26	1,8 (1,08)	1,46 (0,52)	NS
	Q27	1,53 (0,52)	1,53 (0,64)	NS
	Q28	1,66 (0,49)	1,73 (0,59)	NS
	Q29	1,26 (0,45)	1,53 (0,52)	NS

ANEXO D



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Marília, 21 de Dezembro de 2011

Ilmo Sr.
Eduardo Roberto De Freitas Da Silva
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 1425/11, intitulado: "Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) no Estágio Supervisionado do Curso de Enfermagem Impacto na Formação e na Organização do Trabalho", foi considerado **APROVADO "Ad Referendum"** após responder a pendência apontada em Reunião Ordinária – 05/12/2011, aceito de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, aguardar parecer da CONEP para ser iniciado.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos