

Ana Maria Fontenelle Catrib
Christina Cesar Praça Brasil
Daniele de Araújo Oliveira Carlos
(Organizadoras)

AVALIAÇÃO DE PROCESSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE: TENDÊNCIAS E INOVAÇÕES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmus Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragozo	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

Ana Maria Fontenelle Catrib
Christina Cesar Praça Brasil
Daniele de Araújo Oliveira Carlos
(Organizadoras)

AVALIAÇÃO DE PROCESSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE: Tendências e Inovações

1ª Edição
Fortaleza - CE
2016



AVALIAÇÃO DE PROCESSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE: TENDÊNCIAS E INOVAÇÕES

© 2016 *Copyright by* Ana Maria Fontenelle Catrib, Christina Cesar Praça Brasil e
Daniele de Araújo Oliveira Carlos

Efetuada depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmio Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Os autores

Ficha Catalográfica

Thelma Marylanda de Melo - CRB-3/623

A945 Avaliação de processos educacionais em saúde: tendências e inovações / Ana Maria Fontenelle Catrib, Christina Cesar Praça Brasil, Daniele de Araújo Oliveira Carlos (Orgs.). - Fortaleza: EdUECE, 2016.

284p.

ISBN: 978-85-7826-424-6

1. Educação em saúde. 2. Processos educacionais - saúde. I. Brasil, Christina Cesar Praça. II. Carlos, Daniele de Araújo Oliveira.

CDD: 610.7

Sumário

I. A FORMAÇÃO DE PROFESSORES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE ESPANHOLA: ANÁLISE CURRICULAR.....8

Maxmiria Holanda Batista, Oana Militaru, Valentín Gavidia

II. AVALIAÇÃO CURRICULAR: RELATO DA EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIFOR 24

Liana Maria Carvalho Braid, Gilmara de Melo Santana, Flávio Lúcio Pontes Ibiapina, Sharmênia de Araújo Soares Nuto.

III. JOGO EDUCATIVO BOMBEANDO CONHECIMENTO NO ENSINO DA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA: AVALIAÇÃO CRÍTICA 43

Anairtes Martins de Melo, Heraldo Simões Ferreira, Fábila Azambuja Pereira Salviano, Ana Maria Fontenelle Catrib, Alice Maria Correia, Patrícia Moreira Collares

IV. AVALIAÇÃO DOS ALUNOS DO CURSO DE LETRAS SOBRE A INCLUSÃO DA DISCIPLINA DE SAÚDE VOCAL NO FLUXOGRAMA... 65

Christina Cesar Praça Brasil, Daniele de Araújo Oliveira Carlos, Ana Maria Fontenelle Catrib, Raimunda Magalhães da Silva

V. TRANSFORMAR O SUBJETIVO EM OBJETIVO: AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS EM CIRURGIA DE ESTUDANTES DE MEDICINA 80

Antônio Aldo Melo Filho, Bruno Tigre de Arruda Leitão, Cláudio Pinheiro Dias, Francisco de Assis Castro Bonfim Júnior, Francisco Julimar Correia de Menezes, Nívea Adriano de Santana e Santos

VI. MUDANÇAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: O PAPEL DAS METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO-APRENDIZAGEM..... 99

Lídia Andrade Lourinho, Christina Cesar Praça Brasil, Daniele de Araújo Oliveira Carlos, Claudio Moreira, Ana Maria Fontenelle Catrib

VII. INDICADORES COLABORATIVOS VISANDO À MELHORIA DA PRÁTICA DOCENTE NA ÁREA DA SAÚDE..... 120

Lana Paula Crivelaro Monteiro de Almeida

VIII. RESPOSTA EM ESCALA SEGUIDA DE JUSTIFICATIVA: UMA AVALIAÇÃO TRIANGULADA 140

Nelson Filice de Barros, Juan Carlos Aneiros Fernandez, Rafael Afonso da Silva, Juliana Luporini do Nascimento

IX. OS CENÁRIOS DE PRÁTICA E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO ORIENTADA PELA ATENÇÃO BÁSICA 159

Maria da Conceição Coelho Brito, Antonio Dean Barbosa Marques, Maria Socorro de Araújo Dias

X. HIPERMÍDIA EDUCACIONAL: AVALIAÇÃO DA FERRAMENTA PARA O ENSINO NA GRADUAÇÃO 184

Natasha Marques Frota, Lívia Moreira Barros, José Iran Oliveira das Chagas Júnior, Camila Mendes dos Santos, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, Joselany Áfio Caetano

XI. IMPACTO DAS ESTRATÉGIAS DIDÁTICO-PEDAGÓGICAS NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA DISCIPLINA METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO..... 203

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, Antônia Waldiana Lima Leandro, Larissa Tavares Ferreira, Mirna Albuquerque Frota, Maria Vieira Lima Saintrain

XII. EL CENTRO DE SALUD COMO ESCUELA PARA LA SALUD . 220

Ángel Pueyo Izquierdo, José Carrasquer Zamora, Maria Victoria Álvarez Sevilla, Adrián Ponz Miranda

XIII. IMPACTO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS NO CURSO DE ENFERMAGEM 245

Jessica Rodrigues Brito, Raimundo Tavares de Luna Neto, Josué Barros Júnior, Jarlildeire Soares Freitas, Kerma Márcia de Freitas, Raimunda Magalhães da Silva

XIV. ADERÊNCIA DOS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FONAUDIOLOGIA ÀS DIRETRIZES CURRICULARES..... 261

Ana Patrícia Rodrigues Cursino de Sena, Eleuda Coelho de Oliveira

SOBRE OS AUTORES 277

I. A FORMAÇÃO DE PROFESSORES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE ESPANHOLA: ANÁLISE CURRICULAR

Maxmiria Holanda Batista, Oana Militaru, Valentín Gavidia

1 INTRODUÇÃO

Em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPS) apresentaram um documento intitulado: *Escolas Promotoras de Saúde: entorno saudável e melhor saúde para gerações futuras*, visando à criação de condições adequadas para a construção de conhecimentos, recreação, convivência e segurança, por meio do apoio e da participação ativa da comunidade educativa para encorajar a adoção de estilos de vida saudáveis e de proteção ambiental, corroborando com os preceitos da Declaração de Bogotá, de 1997 (BRASIL, 1996).

A criação de ambientes educacionais favoráveis à saúde deve ocorrer com intervenções que fomentem análises críticas e reflexivas sobre valores, condutas e condições sociais, buscando fortalecer tudo o que contribui para a melhoria da saúde, da qualidade ambiental e do desenvolvimento humano, além de facilitar a participação de todos os integrantes da comunidade educativa na tomada de decisões. Ou seja, através da educação, a proposta de promoção da saúde deve contribuir para a politização dos debates e das práticas em saúde para a superação das estruturas ideológicas que promovem a manutenção do *status quo*. Por isso este conceito está for-

temente relacionado com o desenvolvimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Os parâmetros para as intervenções que têm este objetivo devem considerar uma visão ampla do ambiente educacional, tendo em conta os seus aspectos físicos, sociais e psicológicos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998), os programas de promoção da saúde na escola são mais eficazes quando orientados por temas centrais, dentre eles o desenvolvimento das habilidades docentes através da formação e provisão de recursos. O professor, neste contexto, é fundamental para a sustentabilidade da educação em ações de saúde escolar, pois representa um importante ator social que mantém contato com alunos e pais e exerce o papel de facilitador, que incentivará mudanças no cotidiano da escola em favor da saúde. Além disso, é capaz de fomentar ações em prol do conhecimento, das habilidades e das competências para que as gerações futuras possam promover e cuidar da sua saúde, da sua família e de sua comunidade, além de defender o direito de ser educado em um ambiente saudável.

No entanto, de acordo com Gonçalves (2009), a falta de pesquisa e avaliação em educação da saúde escolar representa um desafio, pois as abordagens de estudos empíricos sobre o tema se referem à descrição de intervenções e formações para profissionais de saúde envolvidos com esta área, sem levar em consideração o trabalho dos professores no contexto educacional.

Com base no exposto, fomos impelidos a uma reflexão: Como está organizada a formação acadêmica dos futuros professores para o ensino da saúde na escola?

Venturi, Pedroso e Mohr (2013) alertam que o professor encontra escassez de literatura que discuta a natureza, os objetivos e os valores da Escola Promotora de Saúde e os programas de formação continuada não abordam esse tema.

Mohr (2009) também aponta que a formação inicial dos cursos de literatura e ciências biológicas é deficiente: faltam conhecimentos específicos sobre o complexo processo saúde-doença. E ainda ressalta que a abordagem da educação em saúde está centrada em programas onde os temas e objetivos são orientados para a mudança da conduta individual e não abordam a aquisição de competências em saúde que promovam mudanças individuais e sociais.

Gavidia (1998) já havia apontado para esta questão quando demonstrou que a maior parte dos professores não recebia formação sobre os temas em saúde e que a sua preparação era acidental, dependendo também do contexto em que estavam inseridos.

A Universidade é a principal responsável pela formação dos profissionais. É nesse ambiente que se gesta uma prática profissional e que se trabalha em prol do desenvolvimento de conhecimentos, para a formação técnica e profissional dos membros de uma comunidade, influenciando a forma de pensar de uma época.

Acreditamos que é possível uma proposta de formação baseada na aquisição de competências na educação em saúde, voltada para a formação de professores no ensino obrigatório, com base nas orientações dadas pela Organização Mundial da Saúde a todos os países.

Entretanto, faz-se pertinente reconhecer que há contextos econômicos, culturais e sociais diferentes e que essas

diferenças irão delinear a forma como cada país irá formar o professor para a educação para a saúde.

Com base no exposto, objetivamos neste estudo avaliar o currículo de uma Universidade Espanhola, neste caso a Universidade de Valencia. A Universidade de Valencia foi fundada em 1499, sendo uma das Universidades mais importantes e antigas da Espanha, situando-se entre as quatro de maior destaque do país.

Desta forma, procuramos conhecer como a educação para a saúde é inserida no currículo de formação dos professores de uma universidade de referência, refletindo sobre o modo como é abordada essa temática e o modo de preparar o professor para o ensino da saúde.

Objetivamos com essa discussão contribuir com o fomento de ambientes educacionais favoráveis à saúde, através da formação dos profissionais da área da educação.

2 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos deste estudo, planejamos a metodologia em três fases:

Fase 1: Nesta fase foram realizadas análises dos planos de ensino dos currículos¹ oficiais do curso de Mestrado em Educação Primária da Faculdade de Magistério da Universidade de Valencia. Foram eleitas disciplinas do mestrado, pois esse faz parte da formação obrigatória do professor na Espanha.

1 Os currículos poderão ser acessados em: <<http://www.uv.es/uvweb/magisteri/es/estudios-grado/grados/oferta-grados/grados-1285848222152.html>>.

Na realização desta etapa, foram feitas leituras dos currículos, bem como anotações sobre os elementos curriculares (competências básicas, gerais e conteúdos), as relações com o conceito de saúde aqui tratado como um complexo estado de bem-estar físico, mental e social, que para ser alcançado “[...] os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente”. (BUSS, 2000, p. 170).

Posteriormente, foram eleitas as disciplinas que abordam tais aspectos. A análise foi consensual entre duas pessoas do grupo de investigação e seus resultados foram revisados por outro investigador, a partir de uma reavaliação destes apontamentos curriculares.

Fase 2: Nesta fase, foram classificadas as competências e os conteúdos de saúde de 10 disciplinas selecionadas. Para isso, utilizamos o instrumento (Quadro 1) desenvolvido por uma equipe de experientes pesquisadores sobre competências em saúde, o COMSAL (GAVIDIA *et al.*, 2012).

Este instrumento contempla 8 âmbitos de saúde escolar e, cada uma delas, possui uma série de problemas ou situações a serem abordados.

Quadro 1 - Instrumento de Análise das Competências e Conteúdos

Âmbitos de Saúde	Problemas ou situações a serem abordados
Alimentação e atividade física	Obesidade e sobrepeso, distúrbios da conduta alimentar (anorexia, bulimia, compulsão por comida), má nutrição, infecções e intoxicações alimentares, sedentarismo, alergias e intolerâncias alimentares, prática incorreta da atividade física e desportiva ou compulsão por exercício.
Adições	Álcool, tabaco, cannabis, drogas ilegais e suas consequências. Consumo de medicamentos, outros transtornos aditivos (sexo, internet, jogo, compras).
Vida afetiva e sexual	A sexualidade insatisfatória, infecções de transmissão sexual, gravidez não desejada e métodos contraceptivos, violência sexual e discriminação diante da diversidade sexual.
Higiene pessoal e coletiva	Higiene oral, hábitos de higiene, enfermidades infecciosas, parasitismo, alergias, prevenção do câncer, higiene postural, higiene sexual e higiene dos alimentos.
Saúde mental e emocional	Estresse, ansiedade, baixa autoestima, violência, abuso e maus tratos, gestão das emoções e habilidades sociais, apatia, hiperatividade, depressão.
Prevenção de acidentes	Acidentes de trânsito, segurança no trânsito, acidentes domésticos e no entorno escolar, quedas, queimaduras, afogamentos e asfixia, mordidas e picadas de animais.
Meio ambiente	Possíveis catástrofes, gestão do meio ambiente físico, atenção aos problemas do entorno e suas prevenções e soluções, sustentabilidade, consumo e reciclagem, publicidade.
Promoção da saúde	Informações sobre medidas para o fomento da promoção da saúde, fomento de comportamentos, hábitos e estilos de vida saudáveis, gestão da própria saúde, autocuidado e utilização dos serviços socio sanitários, interculturalidade.

Fonte: Autores.

Fase 3: Por último, foram realizadas as devidas comparações e análises pertinentes.

Em continuação, segue a mostra dos resultados obtidos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Resultados da Fase 1

Entre todas as disciplinas que compõem o plano de estudos do Mestrado em Educação Primária, aquelas que possuem temas relacionados com a saúde, bem como suas competências e conteúdos, foram as seguintes:

- Psicologia do desenvolvimento;
- Estrutura social e educação;
- Sociologia da educação;
- Ciências naturais para professores;
- Educação física;
- Necessidades educativas e especiais;
- Didática das ciências- matéria, energia e máquinas;
- Didática das ciências sociais- aspectos básicos,
- Didática das ciências sociais- aspectos aplicados,
- Didática das ciências- meio ambiente, biodiversidade e saúde.

Nelas, os temas para a educação em saúde aparecem direta ou indiretamente.

3.2 Resultados da Fase 2

Foram classificadas as competências e os conceitos abordados pelas disciplinas avaliadas. Como demonstração do trabalho realizado nesta etapa, apresentaremos como exemplo o quadro 2, com a análise da disciplina “Ciência para Professores”.

Quadro 2 - Exemplo de Análise das Disciplinas

DISCIPLINA: CIÊNCIAS PARA PROFESSORES		Promoção da saúde	Alimentação e Atividade Física	Adições	Sexualidade	Higiene	Emocional	Acidentes	Melo Ambiente	
Competências	Análise e incorporação de forma crítica das questões mais relevantes da sociedade atual que afetam a educação familiar e escolar: mudanças nas relações de gênero e intergerações; discriminação e inclusão social; desenvolvimento sustentável. Promoção do trabalho cooperativo do trabalho e do esforço individual. Conhecer os processos de interação e comunicação em aula. Reconhecer cada etapa do desenvolvimento e suas características cognitivas, psicomotoras, comunicativas, sociais e afetivas. Identificar e planificar a resolução de situações educativas que afetam os estudantes com diferentes capacidades e diferentes ritmos de aprendizagem, assim como adquirir recursos para favorecer sua integração. O corpo humano como organismo pluricelular.	X	X	X	X		X			
		X						X		
		X	X	X	X			X		
		X								
Conteúdos	Anatomia e fisiologia das funções de nutrição, relação e reprodução. A saúde e a promoção da saúde e ações de prevenção de doenças. A biodiversidade: origem e história evolutiva dos seres vivos; a célula como unidade viva; Caracterização e classificação dos tipos de células e seres vivos; Ecossistemas, estrutura, dinâmica e tipos; A teoria da Evolução e evidências genéticas, biogeográficas, paleontológicas e fisiológicas. Problemas de sustentabilidade e os desafios que a humanidade enfrenta. Papel da ciência e da tecnologia nas medidas a tomar para contribuir para a sustentabilidade do planeta.	X	X	X	X				X	
		X	X	X						
		X								
		X								X

Fonte: Autores.

A tabela acima demonstra que a referida disciplina trata de questões, em sua maioria, relacionadas à promoção da saúde, alimentação e atividades físicas e quase não se refere a temáticas como sexualidade ou questões emocionais. As dimensões higiene e acidentes não são trabalhadas.

Nas disciplinas analisadas, os temas de saúde, em sua maioria, estão relacionados à dimensão da promoção da saúde, saúde emocional e meio ambiente.

Os conteúdos e competências trabalhados em geral envolvem temáticas como: processos de interação e comunicação; identificação das etapas evolutivas e problemas de desenvolvimento, inclusão, propostas didáticas em relação à interação entre ciência, tecnologia, sociedade e desenvolvimento sustentável; recursos para fomentar a participação em atividades físicas ao longo da vida, dentro e fora da escola; exploração do entorno natural e social, relacionados à biodiversidade, ao corpo humano e à saúde, bem como a identidade de cada etapa de desenvolvimento da criança e do adolescente com suas características cognitivas, psicomotoras, comunicativas, sociais e afetivas, procurando compreender o desenvolvimento da personalidade dos estudantes. Foram também abordados temas como habilidades motoras, atividades físico-artísticas e expressivas, atividade física e saúde, desigualdades sociais e de gênero, além de assuntos relacionados à sociedade e à natureza: desigualdade socioambiental e crise ecológica.

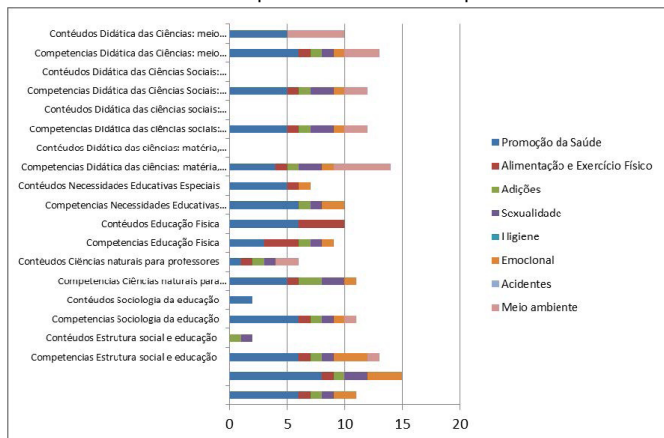
3.3 Resultados da Fase 3

Aplicando a metodologia de análise da fase anterior com as 10 disciplinas selecionadas, pudemos detectar as competências e os conteúdos, classificando-os nos âmbitos de saúde. O resumo deste trabalho é demonstrado no quadro 3 e em seu gráfico correspondente (gráfico 1).

Quadro 3 - Classificação das Competências e Conteúdos por Âmbitos de Saúde

Disciplinas		Promoção da Saúde	Alimentação e Exercício Físico	Adições	Sexualidade	Higiene	Emocional	Acidentes	Meio ambiente	Total
Psicologia do desenvolvimento e da educação	Competencias	6	1	1	1	0	2	0	0	11
	Conteúdos	8	1	1	2	0	3	0	0	15
Estrutura social e educação	Competencias	6	1	1	1	0	3	0	1	13
	Conteúdos	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Sociologia da educação	Competencias	6	1	1	1	0	1	0	1	11
	Conteúdos	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Ciências naturais para professores	Competencias	5	1	2	2	0	1	0	0	11
	Conteúdos	1	1	1	1	0	0	0	2	6
Educação Física	Competencias	3	3	1	1	0	1	0	0	9
	Conteúdos	6	4	0	0	0	0	0	0	10
Necessidades Educativas Especiais	Competencias	6	0	1	1	0	2	0	0	10
	Conteúdos	5	1	0	0	0	1	0	0	7
Didática das ciências: matéria, energia e máquinas	Competencias	4	1	1	2	0	1	0	5	14
	Conteúdos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Didática das ciências sociais: Aspectos Básicos	Competencias	5	1	1	2	0	1	0	2	12
	Conteúdos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Didática das Ciências Sociais: Aspectos Aplicados	Competencias	5	1	1	2	0	1	0	2	12
	Conteúdos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Didática das Ciências: meio ambiente biodiversidade e saúde	Competencias	6	1	1	1	0	1	0	3	13
	Conteúdos	5	0	0	0	0	0	0	5	10
	total	79	18	14	18	0	18	0	21	

Fonte: Autores.

Gráfico 1 - Análise das Competências e Conteúdos por Âmbito de Saúde


Fonte: Autores.

Com base no gráfico acima, percebemos que os temas de saúde são abordados de modo pontual e verticalizados, prejudicando a interrelação das situações e problemas de

saúde com outros contextos e assuntos. Além do mais, parecem possibilitar o professor em formação a trabalhar com o aluno e com os aspectos relacionados à sua saúde, mas não com a saúde do ambiente escolar e o seu entorno.

Alguns âmbitos de saúde não são tratados nos planos de ensino de nenhuma disciplina, como é o caso dos acidentes e da higiene, e que existe muita disparidade entre o número de competências e conteúdos que tratam cada disciplina.

Também observamos que o número de conhecimentos abordados é insuficiente, diante o elevado número de competências exigidas. São 110 competências para serem desenvolvidas por 48 conteúdos (Quadro 4).

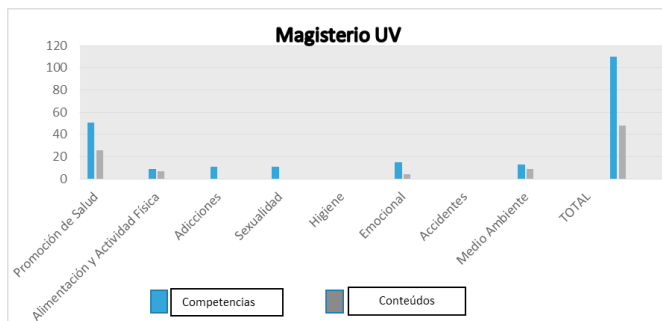
Quadro 4 - Quantificação das Competências e Conteúdos por Dimensão de Saúde

Problemas ou situações relacionados com a saúde	Competências Básicas e Gerais	Conceitos
Promoção de Saúde	51 (2*)	26 (5*)
Alimentação e Atividade Física	9	7 (2*)
Adições	11	1*
Sexualidade	11	1*
Higiene		
Emocional	15	4
Acidentes		
Meio Ambiente	13 (1*)	9 (5*)
TOTAL	110 (3*)	48 (14*)

Fonte: Autores.

Legenda: O sinal * significa que é uma competência ou conteúdo repetido, isto é, que poderia ser observado em duas ou mais disciplinas.

Gráfico 2 - Quantificação das Competências e Conteúdos por Dimensão de Saúde.



Fonte: Autores.

4 CONCLUSÕES

Após a realização do presente estudo, pudemos indicar as seguintes conclusões:

1. Não existe uma disciplina que aborde o tema saúde de uma forma global, complexa e sistemática.
2. Algumas competências necessárias para a Educação em Saúde são consideradas entre as disciplinas do plano de estudo do Mestrado em Educação Primária, entretanto são desenvolvidas de maneira parcial e não levam em conta muitos temas fundamentais, como é o caso dos acidentes e da higiene, que não aparecem em nenhum plano de estudos. Portanto, o desenvolvimento da Educação para Saúde de maneira transversal não é atingido, dado que nem todas as disciplinas trabalham estes temas em seus conteúdos.

3. As disciplinas que abordam a Educação para a Saúde o fazem de forma muito limitada, ainda que demonstrem interesse pelo tema e especifiquem as competências a serem adquiridas pelo aluno (futuros professores e professoras). Isto não é claramente concretizado nos conteúdos abordados. Ou seja, ainda que apareçam competências que interessam à Educação para a Saúde nos planos de ensino, não são oferecidos conteúdos necessários para desenvolvê-las. Como podemos observar a partir a quantidade reduzida, diante o maior número de competências.

A finalização deste trabalho aponta para uma necessidade urgente da implantação de uma disciplina obrigatória sobre educação em saúde, de modo a facilitar a formação do professor para o desenvolvimento de competências sobre o ensino da saúde e o fomento da saúde nos ambientes educacionais.

Esta formação deve ser muito mais ampla do que a compreensão das dimensões de saúde de forma isolada. Deve ser uma estratégia de articulação transversal no currículo, na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Ippolito-Shepherd e Cerqueira (2003) alertam que é preciso conter na elaboração da estrutura curricular uma adequação de conceitos, habilidades e atitudes para o ensino da saúde que permitam realizar ações individuais e co-

letivas que melhorem a qualidade de vida e favoreçam as relações interpessoais; disponibilizar veículos de expressão para todas as pessoas que convivem na escola; proporcionar programas ergonômicos que privilegiem cuidados com o corpo e a mente; e desenvolver atividades que envolvam comunidade educativa e família.

Além do mais, faz-se necessário que o professor em formação perceba que o aluno deve ser visto como agente ativo de saúde, participante da transformação do seu entorno, sendo essa uma competência que não foi abordada na formação do professor e, possivelmente, em sua prática de trabalho também não o será.

Nota: O presente estudo faz parte dos projetos financiados EDU2010-20838 e EDU 2013-46664-P subvencionados pelo Ministério de Economia e Competitividade Espanhol.

Agradecimentos: Agradecemos à Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do BRASIL pelo apoio e financiamento desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

BUSS, P. M. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, jan./jun. 2000. Disponível em: < <http://ref.scielo.org/rj4mm3>>. Acesso em: 18 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Promoção da Saúde:** Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, 1996.

GAVIDIA, V. **Salud, Educacion y Calidad de Vida**: de como las concepciones del profesorado inciden en la salud. Bogotá: Cooperativa Editorial de Magisterio, 1998. 137 p.

GAVIDIA, V. *et al.* Desarrollo de Competencias en la Escuela ante los problemas de Salud. In: JORNADAS NACIONALES, 10., CONGRESO INTERNACIONAL DE ENSEÑANZA DE LA BIOLOGÍA, 5., 2012, Córdoba. **Anais eletrônicos** Córdoba: ADBiA, 2012. Disponível em: <<http://congresosadbia.com/ocs/index.php/adbia2012/adbia2012/paper/viewFile/170/160>>. Acesso em: 18 maio 2015.

GONÇALVES, F. D. **La promoción de la salud en la escuela**: um estúdio evaluativo sobre los efectos de los programas gubernamentales para la conversion de los establecimientos educacionales em espacios promotores de salud. 2009. 421 f. Tese (Doutorado em Educação)- Facultad de Educación, Pontificia Universidad de Chile, Santiago, 2009.

IPPOLITO-SHEPHERD, J.; CERQUEIRA; M. T. Las Escuelas Promotoras de La salud em las Americas: uma iniciativa regional. **Food, nutrition and agriculture**, Roma, v. 33, p. 19-26, 2003. Disponível em: <<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/j0243m/j0243m03.pdf> >. Acesso em: 18 maio 2015.

MOHR, A. Educação em saúde na escola: panorama e questionamentos a partir de depoimentos de professores de Ciências de Florianópolis. In: SELLES, S. E. *et al.* (org). **Ensino de biologia**: histórias, saberes e práticas formativas. Uberlândia: EDUFU, 2009. p. 107-129.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Escolas Promotoras de Saúde**: entornos saudáveis e melhor saúde para gerações futuras. Washington, DC: OPS/OMS, 1998.

VENTURI, T.; PEDROSO, I.; MOHR, A. Educação em Saúde na escola a partir de uma perspectiva pedagógica: discussões acerca da formação de professores. In: ENCONTRO REGIONAL SUL DE ENSINO DE BIOLOGIA, 6., 2013, Santo Ângelo. **Anais eletrônicos...** Santo Ângelo: SBEnBio, 2013. Comunicação Oral. Disponível em: <http://santoangelo.uri.br/erebiosul2013/anais/wp-content/uploads/2013/07/comunicacao/13437_130_Tiago_Venturi.pdf>. Acesso em: 18 maio 2015.

II. AVALIAÇÃO CURRICULAR: RELATO DA EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIFOR

Liana Maria Carvalho Braid, Gilmara de Melo Santana, Flávio Lúcio Pontes Ibiapina, Sharmênia de Araújo Soares Nuto.

1 INTRODUÇÃO

A Universidade de Fortaleza (UNIFOR), no Centro de Ciências da Saúde (CCS), possui dez cursos de graduação: Ciências da Nutrição, Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Odontologia, Psicologia, e Terapia Ocupacional e uma graduação tecnológica em Estética e Cosmética. Desde 2008, o CCS iniciou um processo de mudança curricular que resultou na implantação de uma proposta de currículo integrado em oito dos seus cursos no ano de 2012 (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Para tanto, foi fundamental o investimento em abordagens pedagógicas inovadoras no processo de ensino-aprendizagem, como, por exemplo, a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) e a metodologia da problematização, métodos ativos de ensino-aprendizagem, que provocam a reorganização do processo pedagógico a partir da reflexão sobre o significado que adquire, para cada aluno (MOREIRA *et al.*, 2005).

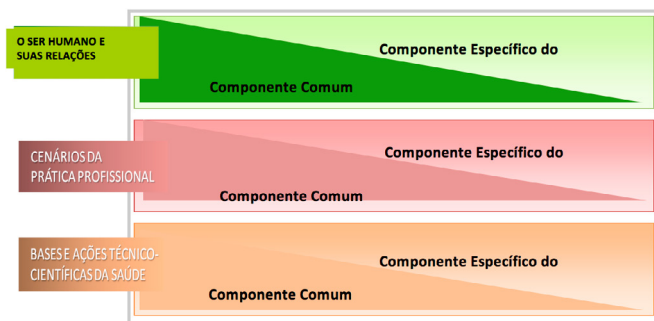
Inicialmente, o curso de Odontologia apresentou uma proposta de currículo integrado, baseada na metodologia da problematização, tendo como eixo problematizador de referência o perfil do paciente (NORO *et al.*, 2005). Em segui-

da, foi implantado o curso de Medicina, que possui como aporte pedagógico um desenho curricular baseado no PBL (CHIESA *et al.*, 2014).

Essas experiências inovadoras iniciais para a Universidade subsidiaram a implantação da proposta curricular envolvendo os cursos de Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia, Nutrição e Terapia Ocupacional. Apesar de já ter realizado uma mudança curricular inicial, o curso de Odontologia modificou o primeiro ano para se inserir na proposta comum aos outros sete cursos do Centro.

O modelo implantado no centro contempla três eixos de organização curricular. Os eixos foram denominados da seguinte forma: Bases e Ações Técnico-Científicas na Saúde, Ser Humano e suas Relações e Cenários de Prática (Figura1). Inseridos nestes eixos, encontram-se componentes curriculares comuns e integrados à formação dos profissionais de saúde e componentes específicos para cada curso. Estes componentes são denominados de módulos.

Figura 1 – Eixos do currículo integrado.



Fonte: BRAID (2014)

Os módulos comuns a, no mínimo, três cursos do Centro passam a compor o denominado Núcleo Comum (NC), ou seja, esses módulos possuem objetivos de aprendizagem com vistas ao desenvolvimento de competências de Zabala e Arnau (2010), além de Roegiers e Ketele (2004) que devem ser alcançadas por todo profissional da saúde.

Para o Eixo das **Bases e Ações Técnico-Científicas na Saúde**, surgem quatro módulos: Dinâmica Celular, Sistemas Reguladores, Ambiente e Hereditariedade e Sistemas de Defesa, envolvendo os saberes Zabala e Arnau (2010) e de Roegiers e Ketele (2004) das antigas disciplinas de Anatomia, Histologia, Fisiologia, Bioquímica, Biologia Molecular, Microbiologia, Imunologia, Parasitologia, Patologia e Farmacologia. E no Eixo do **Ser Humano e suas Relações** foram integrados os saberes das disciplinas de Sociologia, Filosofia, Antropologia, Psicologia, Epidemiologia e Saúde Coletiva, nos módulos de Universidade, Saúde e Sociedade e Diversidade Humana e Saúde Coletiva. ZABALA; ARNAU, 2010; ROEGIERS; DE KETELE, 2004). Outros módulos como: Desenvolvimento Humano I e II, Projetos Integrados em Saúde e Libras também compõem o NC, mas não fazem parte da matriz curricular de todos os cursos.

Assim, os cursos de Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, durante dois a quatro semestres, oportunizam aos seus alunos desenvolverem as atividades dos módulos do NC com alunos de diversos cursos. Esse processo de matrícula não é sistemático, mas de acordo com os horários de conveniência dos alunos.

Além do NC, foi fundamental o investimento em abordagens pedagógicas inovadoras no processo de ensino-aprendizagem, enfocando métodos ativos de ensino-aprendizagem (MITRE *et al.*, 2008), a qual apresenta como pressuposto teórico a aprendizagem significativa (MOREIRA, 2011; GOMES *et al.*, 2008).

É proposta do CCS, que novos cursos busquem o referencial do currículo integrado. Assim o curso de graduação tecnológica de Estética e Cosmética já nasce, em 2015, com essa proposta curricular.

A implementação do currículo impulsionou o CCS a discutir algumas questões: O que de fato muda no currículo integrado? Como está a aprendizagem dos alunos? Como os professores se percebem no contexto desse processo? O currículo prescrito se aproxima do currículo em ação?

Assim, para facilitar o desenvolvimento curricular e responder a essas perguntas, o CCS, por meio dos seus cursos e da Assessoria Pedagógica, está desenvolvendo a proposta de avaliação curricular descrita neste capítulo.

2 AVALIAÇÃO CURRICULAR: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

A avaliação está presente em todos os momentos da vida. Na educação escolarizada, tem como finalidade estabelecer diagnósticos para fins de melhoria do processo educativo.

Segundo Alcázar *et al.* (2013), a avaliação se constitui um dentre os importantes elementos para o processo de se desenhar um currículo. Brovelli (2001) destaca que em contextos de avaliação educacional, a avaliação curricular é

a que se apresenta com menor desenvolvimento, tanto em termos de fundamentação teórica, como na prática, portanto, somente recentemente iniciou-se um movimento para se estabelecer uma profissionalização de sua prática.

Os processos de avaliação de currículo vem, assim, surgindo com diferentes propostas que “[...] vão desde as avaliações mais lineares, onde somente se considerava um elemento, até a avaliação mais integral” (ALCÁZAR *et al.*, 2013, p.43, tradução livre). Nesse sentido, os autores propõem ultrapassar o conceito de uma avaliação linear e desenvolver uma avaliação contínua ou uma meta-avaliação, na qual se considera a diversidade de variáveis que impactam a qualidade do currículo e promove, continuamente, a autocorreção da ação educativa.

A partir desse conceito de avaliação contínua, Alcázar *et al.* (2013) destacam que esta deve ser orientada para o diagnóstico acerca do avanço dos alunos do ponto de vista cognitivo, procedimental e atitudinal, bem como dos demais aspectos que interagem com a aprendizagem, como a atuação docente, a metodologia, os recursos, dentre outros.

Na figura 2, Bollela e Castro (2014) apresentam um modelo para o ciclo de avaliação que traduz a ideia de um processo contínuo.

Figura 2 – Ciclo de avaliação


Fonte: Edwards (1991 apud BOLLELA; CASTRO, 2014)

Na mesma linha, Brovelli (2001, p. 103-104, tradução nossa) também apresenta uma proposta de uma “avaliação curricular como contínua e situada, de modo tal que permita abordar o currículo em seu dinamismo próprio, atendendo seus aspectos modificáveis e as suas múltiplas adaptações aos diferentes contextos”,

Rodríguez, Reyes e Peña (2009) relacionam o processo de avaliação curricular à estrutura/desenho do currículo da universidade. Saliendam ainda que entre o desenho do currículo e a ação curricular, a avaliação estabelecerá um sentido contínuo de permanente vir a ser.

Brovelli (2001) destaca a necessidade de se considerar a concepção do currículo como pressuposto para escolhas coerentes para o processo de avaliação curricular, o qual abrangerá desde o desenho do currículo, o seu desenvolvimento, ou seja, o currículo em ação, bem como os seus resultados.

Provavelmente, decorrente das poucas opções de avaliação de currículo sistematizadas, o modelo de Kirkpatrick de avaliação de programas educacionais, criado para avaliar

ações de formação em empresas, cada vez mais, vem sendo utilizado também para avaliar processos formativos em cursos superiores (BOLLELA; CASTRO, 2014; AGUARDO *et al.*, 2011; TRIVIÑO *et al.*, 2011; BIENCINTO; CARBALLO, 2004).

O modelo de Kirkpatrick de avaliação de programas educacionais é desenvolvido em quatro níveis: reação, aprendizagem, comportamentos/conduas e resultados (BOLLELA; CASTRO, 2014).

O primeiro nível, **reação**, objetiva avaliar a satisfação das pessoas envolvidas no processo de formação. No segundo nível, **aprendizagem**, analisam-se as aquisições cognitivas, habilidades/procedimentais e atitudes e, no caso de um currículo por competências, esta variável também deve ser considerada, pois é dependente do processo de aprendizagem cognitivo, procedimental e atitudinal. O terceiro nível, **comportamentos/conduas**, refere-se à capacidade de transferência da aprendizagem, então, neste estágio, avalia-se em que nível o estudante é capaz de aplicar as aprendizagens nas três dimensões, o que possibilitará observar se as competências propostas para os estudantes no currículo estão sendo desenvolvidas.

Os **resultados** são constituintes do quarto nível e se referem às mudanças provocadas pela formação no contexto social e, especificamente, nas pessoas que participaram de intervenções realizadas por *aprendentes* da instituição avaliada. (AGUARDO *et al.*, 2011; BIENCINTO; CARBALLO, 2004).

Bollela e Castro (2014) e Brovelli (2001) afirmam que uma avaliação curricular qualificada deve ser: assumida por todos os membros diretamente envolvidos, com a finalidade de legitimação da avaliação; compreendida como um processo que estabelecerá um diagnóstico, tendo em vista

a melhoria do currículo; rigorosa em sua metodologia, o que implica na utilização de técnicas de coleta reconhecidas e de análise dos dados contextualizadas; desenvolvida em caráter holístico e de retroalimentação.

Segundo Ramirez González (2011), o rigor científico respalda a investigação avaliativa, então se deve considerar como importante o processo metodológico, o qual se iniciará no planejamento da avaliação. Alcázar *et al* (2013) e Brovelli (2001) propõem uma série de questões que precisam ser respondidas ao se decidir avaliar o currículo:

- ✓ Quem participará, ou seja, quais os atores do processo de avaliação?
- ✓ Como será o processo de avaliação?
- ✓ Como obter as informações, com que instrumentos?
- ✓ O que fazer com as informações coletadas?
- ✓ Que encaminhamentos precisam ser pensados, a partir da análise dos resultados?
- ✓ Que cuidados éticos são necessários?
- ✓ Como comunicar os resultados da avaliação?

Outras questões importantes são ressaltadas por Brovelli (2001) aqui apresentadas de forma resumida:

- ✓ Por haver grande potencialidade de carga de subjetividade dos participantes – professores e alunos – ter o cuidado para que estes não atuem no processo de avaliação a partir de crenças, interesses e pré-concepções.
- ✓ É imprescindível abrir espaço para análises, discussões e elaboração de propostas que surjam de consensos dos atores sociais que participam da avaliação.

- ✓ Considerando-se o nível de complexidade existente em uma avaliação curricular, há necessidade de formação das pessoas envolvidas nas coletas de dados da avaliação.
- ✓ Clareza em relação às finalidades da avaliação, a sua dinâmica de desenvolvimento, a qualidade dos instrumentos, a análise das informações coletadas e a forma como esta análise será divulgada são questões centrais na constituição da avaliação curricular.

A avaliação do currículo enquanto processo vai implicar na reflexão e poderá redundar no redesenho e mudanças nas práticas curriculares e institucionais.

3 RELATO DE EXPERIÊNCIA DO CCS DA UNIFOR: UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO CURRICULAR

3.1 Etapa 1 - Empoderamento dos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE)

Os Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) foram propostos pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior, em 17 de junho de 2010, por meio da Resolução nº 01, de 17 de junho de 2010, sendo formado por um grupo de docentes com as funções de acompanhamento do projeto pedagógico do seu curso, atuando na concepção, consolidação e contínua atualização do mesmo (BRASIL, 2010).

A partir de um arcabouço meramente administrativo, oriundo do colegiado gestor do curso, os NDE assumem um papel importante na implantação e acompanhamento do currículo e, conseqüentemente, na sua avaliação.

Para tanto, o CCS da Universidade de Fortaleza propôs, inicialmente, uma reavaliação de seus componentes, buscando uma composição por eixos curriculares em cada curso, além da titulação, perfil docente e tempo disponível para compor a carga-horária na Coordenação do Curso.

Em seguida, buscou-se a formação dos componentes dos NDE por meio de oficinas, visando aos seguintes objetivos: fortalecer os avanços pedagógicos dos currículos integrados; contribuir para a superação dos desafios; e elaborar planos de ação de melhoria e acompanhamento do processo de avaliação curricular.

Com base em um plano de ação desenvolvido por cada NDE, estão sendo realizadas reuniões sistemáticas com a Direção e a Assessoria Pedagógica do CCS, buscando construir o suporte pedagógico e administrativo para o desenvolvimento das atividades propostas nos planos de ação, nos quais, de forma prioritária, se inclui o processo de avaliação curricular.

3.2 Etapa 2 – Definição do referencial teórico, construção dos instrumentos de pesquisa, coleta e análise de dados

A metodologia para a avaliação do currículo integrado do CCS se fundamenta no modelo de Kirkpatrick (ABBAD *et al.*, 2012) para avaliação de programas, no qual se utilizam quatro estágios, cada qual com estratégias e instrumentos distintos.

A utilização dos estágios e suas respectivas estratégias e instrumentos tem como finalidade coletar as evidências da situação dos currículos. A partir, então, do conceito de cada estágio proposto para este modelo e da assunção da

necessidade de adaptações para o contexto de avaliação do currículo dos cursos do CCS, o qual se apresenta com um desenho de integração de saberes com vistas ao desenvolvimento de competências, foi construído um caminho constituído de estratégias, instrumentos e recursos.

1º Estágio – Reação: envolvendo os atores sociais, no caso específico, docentes e discentes, os quais participam diretamente do currículo, tendo as seguintes prioridades de avaliação: elementos indicativos do nível de satisfação e de aprovação dos docentes e discentes envolvidos no desenvolvimento curricular.

Para o 1º Estágio, foram propostas duas estratégias: Grupos Focais junto aos professores e aos alunos; e aplicação de questionário em todos os módulos.

Considerando-se que nem todos os NDE teriam condições ótimas para a aplicação dos Grupos Focais, um documento orientador foi disponibilizado. Este documento foi apresentado e vivenciado em oficina desenvolvida pela Assessoria Pedagógica do CCS, envolvendo representantes de NDE de todos os cursos. A Assessoria Pedagógica também ficou responsável por realizar os Grupos Focais junto aos professores e os NDE se responsabilizaram por desenvolver junto aos alunos.

Outra estratégia assumida foi a organização dos grupos – docentes e alunos – para a realização dos Grupos Focais. Tendo em vista manter uma única linha de organização, foi utilizada a lógica do Instrumento de Desempenho Acadêmico (IDEA), um teste progresso aplicado pela Universidade, anualmente, e que divide os estudantes em três ciclos: básico (1º ano), intermediário (2º e 3º anos) e profissional (4º

e 5º anos). Assim, têm-se, para cada curso, três Grupos Focais com os professores e três com os alunos.

A avaliação dos módulos é realizada por meio de formulários eletrônicos, contemplando aspectos relacionados à organização dos materiais didáticos, aplicabilidade do módulo, contribuição do professor no processo de ensino-aprendizagem e adequação das estratégias metodológicas e de avaliação utilizadas.

A escolha se deu pela experiência com esse tipo de avaliação, tanto de professores na sua criação, como dos alunos, no preenchimento online. Foi ofertada aos cursos uma base de questões, a fim de atender aos aspectos citados acima, mas cada docente poderá fazer adaptações nas questões, conforme a especificidade de seu módulo.

2º Estágio – Aprendizado: O segundo nível do modelo de Kirkpatrick (ABBAD *et al.*, 2012) de avaliação de programas tem como função analisar a aprendizagem. Na adaptação para avaliação de currículo no CCS, os dados a serem coletados deverão dar a condição para cada curso analisar a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes que resultem na competência para atuar nas profissões da área da saúde e da área específica de cada profissão, considerando-se que todos os 11 cursos do Centro de Ciências da Saúde se apresentam com um currículo com desenho integrado e por competências.

A proposta inicial é desenvolver esse estágio por meio de duas diferentes análises: (1ª) relacionada ao que está assumido pelo curso em seus documentos oficiais (Projeto Pedagógico do Curso, Projetos de Ensino e Cadernos dos Módulos), pois neles estão as diretrizes e propostas para o de-

nominado currículo prescrito; (2ª) diz respeito ao que resulta da ação curricular, do processo que se estabelece no contrato didático entre professores e estudantes, nas diferentes instâncias, espaços e tempos da sala de aula, as quais podem ser verificadas por meio de diferentes formas de avaliação da aprendizagem. Essas análises estão descritas a seguir:

1ª Análise: será desenvolvida em dois momentos que se completam.

Momento 1 - Qualidade das competências descritas no Projeto Pedagógico do Curso (PPC). Esta qualidade será fundamentada em duas premissas: a questão conceitual de uma competência e a qualidade das competências, tendo em vista a formação do profissional de cada curso. O instrumento proposto é um *check list* contendo os seguintes itens: forma de apresentação da competência (saber fazer algo ou estabelecer produto/produção do estudante), necessidade do estudante saber (mobilizar e integrar diferentes dimensões de saberes, resolver situações específicas e agir de forma eficaz).

Momento 2 - Qualidade do desenvolvimento das competências. Considerando-se que as competências são construídas ao longo do curso e são materializadas, processualmente, por meio das aprendizagens identificadas nos objetivos, pode-se, então, ter como evidência de uma proposição de aprendizagem o que está documentado nos projetos e cadernos dos módulos. Há, portanto, necessidade de se analisar a relação de coerência entre as competências, os objetivos de aprendizagem, as estratégias metodológicas e as estratégias de avaliação.

2ª Análise: Análise dos resultados do IDEA ou outro teste progresso similar e do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), relacionando com os ciclos, eixos e áreas curriculares. Sugere-se aqui a identificação das áreas: (a) fortes e, principalmente, a análise acerca do que as tornam fortes; (b) fracas, estabelecendo com os responsáveis, um contrato pedagógico de encaminhamentos necessários às mudanças no desenvolvimento do processo curricular dessas áreas.

3º Estágio - Comportamento: análise do nível de transferência da aprendizagem (transposição didática) da academia para o mundo do trabalho: questionário aplicado nos campos de estágio, evidenciando se os conhecimentos, habilidades e atitudes propostos nos PPC e desenvolvidos na formação dos alunos estão sendo transferidos para o contexto da prática profissional. Os caminhos de criação deste estágio foram iniciados com um estudo situacional dos campos de estágios do CCS, o qual constatou a diversidade de contextos nos estágios. Foram identificadas duas ou três disciplinas/módulos de cada curso que caracterizassem a aplicação das principais competências do egresso e analisados os seus instrumentos de avaliação de aprendizagem e as principais características dos avaliadores. Esta análise, portanto, resultou na assunção de que seria necessário utilizar como sujeitos dessa escuta, ora os profissionais e/ou preceptores que recebem os estudantes nos campos de estágio, ora os usuários, ou seja, o próprio público que recebe a intervenção dos estagiários. Criou-se um instrumento de coleta de informações, mas com a orientação de que este fosse adaptado ao contexto das práticas do estágio de cada curso. Um dos elementos principais deste instrumento consistiu na descrição da competência requerida ao aluno, que deverá respon-

der a questão: “ao final do estágio, o aluno deve ser capaz de” com a respectiva classificação do nível de execução da competência, respeitando-se a seguinte escala: 1 - não sabe executar; 2 - executa com dificuldade; 3 - executa sem dificuldade e 4 - executa com proficiência; 5 - e não aplicável.

4º Estágio – Impacto: o quanto o egresso provoca mudanças no desempenho das instituições. Biencinto e Carballo (2004) fazem uma crítica quando afirmam que não é possível se chegar ao nível quatro, fato este já questionado pela Assessoria Pedagógica do CCS, a qual, em decorrência de uma análise das possibilidades, decidiu, ao fazer a adaptação do modelo, partir para a retirada do quarto nível e para a criação de uma estrutura para avaliação, considerando os três primeiros níveis.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de avaliação curricular ora experimentado nos cursos do CCS permite a análise e o contínuo desenvolvimento dos projetos pedagógicos e seus respectivos currículos.

Acredita-se que, provavelmente, a sua qualidade, dentre outros elementos, vem do fato de ter sido pensada de forma processual, fundamentada teoricamente e envolvendo os gestores, docentes e discentes, em um processo contínuo e de retroalimentação constante.

A partir da análise dos dados de cada estágio, é esperada uma nova e importante etapa: *feedbacks* aos interessados no decorrer de cada momento, a reflexão e tomada de decisão acerca de quais ciclos, eixos, áreas curriculares, além de módulos, precisam ser fortalecidos nos diversos aspectos analisados, e que ações precisam ser desenvolvidas para

tornar real a melhoria da qualidade do Projeto Pedagógico de cada curso. Esse processo é contínuo e alimentado constantemente, em um ciclo constante de avaliação curricular.

Além dos ganhos diretos já citados, destacamos alguns outros, como consequência deste processo, entre eles o empoderamento dos NDE como instâncias gestoras, a partir de uma avaliação sistêmica e sistemática dos programas educacionais, orientando a tomada de decisão nos processos de melhoria, garantindo a qualidade e a aplicabilidade do ensino. Outro ponto a destacar é a validação deste processo de construção curricular permanente, oportunizada com a participação estruturada de alunos e professores, desenvolvendo uma massa crítica consistente, que dará sustentabilidade ao processo de renovação e melhoria permanente dos currículos.

Um terceiro ponto com potencialidade de concretização será o alinhamento do programa de desenvolvimento profissional em educação (formação docente), articulado com as necessidades apontadas pelo processo de avaliação dos programas (avaliação curricular), procurando conjugar as diversas ações de desenvolvimento docente oferecidas pela Universidade de Fortaleza com estratégias e ações desenhadas pelos NDE, baseadas neste diagnóstico, com maior possibilidade de efetividade da ação docente.

Finalmente, a percepção de que, uma vez iniciado este processo, não há finitude, passa a ser rotina, criando e incorporando uma cultura avaliativa que vai desde a sala de aula até o cumprimento da missão da própria Universidade.

Nota: Os autores fazem parte do grupo de pesquisa Educação nas profissões de saúde, da Universidade de Fortaleza, cadastrado no CNPq.

REFERÊNCIAS

ABBAD, G. S. *et al* (Org.). **Medidas de avaliação em treinamento, desenvolvimento e educação**: ferramentas para gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed, 2012. 300p.

ALCÁZAR, C. H. *et al*. El rediseño curricular: una propuesta para las instituciones de educación superior. **Panorama**, Bogotá, v.7, n.13, p. 41-56, jul./dic. 2013. Disponível em: <<http://journal.poligran.edu.co/index.php/panorama/article/view/431/403>>. Acesso em: 15 maio 2015.

ALMEIDA, M. M. de *et al*. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p.119-126, jan./mar. 2012. Suplemento 1. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a16.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

BIENCINTO, C.; CARBALLO, R. Revisión de modelos de evaluación del impacto de la formación en el ámbito sanitario: de lo general a lo específico. **RELIEVE**: Revista ELeTrónica de Investigación y EValuación Educativa, Madrid, v. 10, n. 2., p. 111-116, dic. 2004. Disponível em: <http://www.uv.es/relieve/v10n2/RELIEVE_v10n2_5.htm>. Acesso em: 15 mar. 2015.

BOLLELA, V. R.; CASTRO, M. Avaliação de programas educacionais nas profissões da saúde: conceitos básicos. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 332-342, jul./set. 2014.

BRAID, L. M. C. **Caminhos de uma mudança no currículo de graduação em Educação Física**: construção de um coletivo docente. 2013. 225 f. Tese (Doutorado em Ciências do Desporto) – Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.utad.pt/handle/10348/3334>>. Acesso em: 15 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior. **Resolução Nº 01, de 17 de junho de 2010**. Normatiza o Núcleo Docente Estruturante e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: < http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6885-resolucao1-2010-conae&Itemid=30192>. Acesso em: 15 maio 2015.

BROVELLI, M. Evaluación curricular. **Fundamentos en Humanidades**, San Luis, v. 2, n 4, p. 101-122, primavera 2001. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/184/18400406.pdf> >. Acesso em: 15 maio 2015.

CHIESA, D. *et al.* O ensino baseado na comunidade no curso de Medicina da Universidade de Fortaleza. In: BOLLELA, V. R. *et al.* (Org.). **Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira**. Ribeirão Preto: FUNPEC Editora, 2014. p. 235-245.

GOMES, A. P. *et al.* A educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n.1, p. 105-111, jan./mar.2008. Disponível em: < <http://ref.scielo.org/nwtswd> >. Acesso em: 15 maio 2015.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2133-2144, dez. 2008. Suplemento 2. Disponível em:< <http://ref.scielo.org/kdjy74>>. Acesso em: 15 maio 2015.

MOREIRA, M. A. **Teorias de aprendizagem**. 2.ed. ampl. São Paulo: EPU, 2011. 248 p.

MOREIRA, T. P. *et al.* Metodologia da problematização: uma escolha político-pedagógica. In: NORO, L. R. (Org.). **Curso de Odontologia da Unifor: 10 anos ensinando e e aprendendo**. Fortaleza: UNIFOR, 2005. p. 40-53

NORO, L. R. A. Projeto pedagógico: a construção coletiva. In: _____ (Org.). **Curso de Odontologia da Unifor: 10 anos ensinando e e aprendendo**. Fortaleza: UNIFOR, 2005. p. 19-39.

RAMIREZ GONZÁLEZ, A. El rigor metodológico en la evaluación curricular. **Revista electrónica educare**, Heredia, v. 15, n. 2, p. 33-39, jul./dic. 2011. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194121566004.pdf> >. Acesso em: 15 maio 2015.

ROEGIERS, X.; KETELE, J. M. de. **Uma pedagogia da integração: competências e aquisições no ensino**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 196p.

RODRÍGUEZ S., T. E.; REYES B., M. A.; PEÑA E., J. A. Proximación a un modelo para evaluar el currículo de la UPEL a partir de una propuesta de estructura curricular. **Sapiens: Revista Universitaria de Investigación**, Caracas, v. 10, n. 1, p. 161-178, jun. 2009. Disponível em: <<http://www2.scielo.org.ve/pdf/sp/v10n1/art08.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2015.

TRIVIÑO, X. *et al.* Impacto de un programa de formación em docencia en una escuela de medicina. **Rev. Med. Chile**, Santiago, v.139, n. 11, p. 1508-1515, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n11/art19.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2015.

ZABALA, A.; ARNAU, L. **Como aprender e ensinar competências**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 197p.

III. JOGO EDUCATIVO BOMBEANDO CONHECIMENTO NO ENSINO DA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA: AVALIAÇÃO CRÍTICA

Anairtes Martins de Melo, Heraldo Simões Ferreira, Fábila Azambuja Pereira
Salviano, Ana Maria Fontenelle Catrib, Alice Maria Correia, Patrícia Moreira
Collares

1 INTRODUÇÃO

A Saúde nos ambientes educacionais deve abranger diversos conceitos, possibilitando a compreensão na perspectiva social e refletindo que o homem é sujeito portador de saberes e de experiências que podem ser transmitidos por meio de métodos estratégicos educacionais (CASANOVA; MORAES; RUIZ-MORENO, 2010).

As Diretrizes Curriculares Nacionais foram definidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação e direcionam ações ao Ensino Superior que privilegiem a participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento (BRASIL, 2008).

Desta forma, o educador envolvido no processo de educação na Saúde necessita desenvolver um processo de ensino e aprendizagem com embasamento na utilização de práticas ativas, também chamadas de metodologias ativas (VASCONCELLOS, 2002).

Com base no exposto, Costa (2012) relata que para tornar o processo de aprendizagem mais efetivo e dinâmico,

é importante a utilização de ferramentas estratégicas, como aplicações de práticas prazerosas aos alunos. Dentre essas práticas, destacam-se os jogos educativos.

Legey *et al.* (2012) referem que o jogo educativo configura-se como uma ferramenta que permite organizar e inter-relacionar conhecimentos específicos, exercitando a criatividade e o senso crítico, gerando, assim, a melhoria na relação ensino-aprendizagem.

Ao se refletir acerca do exposto, decidiu-se pela realização desta pesquisa, que possui como objetivo analisar a utilização do jogo educativo 'Bombeando Conhecimento', desenvolvido pelos autores, como ferramenta estratégica no processo de ensino e aprendizagem de Fisioterapia Respiratória, a partir da perspectiva dos discentes e docentes envolvidos na disciplina de estágio supervisionado hospitalar.

O jogo 'Bombeando Conhecimento', em modelo de tabuleiro, busca aprimorar o conhecimento de anatomia, fisiologia e patologias cardiorrespiratórias. Confeccionado em papel no tamanho A5 e gramatura 60 kg, apresenta um desenho colorido que representa a pequena circulação. Foram componentes do jogo um dado numérico e 58 casas dispostas no desenho, onde o jogador, para percorrê-las, deveria responder a perguntas dispostas em cartas.

2 METODOLOGIA

Este estudo tratou-se de uma pesquisa ação com abordagem mista e foi desenvolvido em uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada localizada no bairro Manoel Dias Branco no município de Fortaleza, Ceará, com dois grupos de participantes.

O grupo I foi composto pelos discentes do curso de Fisioterapia matriculados na disciplina de estágio supervisionado hospitalar, ou seja, 20 alunos. Este grupo foi escolhido, pois, ao chegar ao período de estágio, já possui conhecimentos teóricos gerais, o que se faz necessário para a aplicação do jogo da pesquisa. O grupo II foi composto por três docentes responsáveis pela disciplina de estágio supervisionado hospitalar.

A coleta de dados da pesquisa contemplou a aplicação do jogo aos discentes em sala de aula, com a presença dos docentes da disciplina, para captação das impressões destes e, assim, contribuir com sugestões de melhoria para o jogo. Após a aplicação do jogo, foram investigadas as percepções dos discentes e dos docentes sobre o jogo 'Bombeando Conhecimento'.

Foram respeitados os princípios descritos na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde (CNS), para pesquisa com humanos.

O instrumento utilizado com os discentes foi o escalograma de opinião adaptado a partir do estudo de Costa (2012) e Savi *et al.* (2010), o qual possui duas partes: a primeira captou a identificação dos participantes discentes e a segunda foi composta de 17 perguntas que os entrevistados julgaram diferentes afirmativas, nas quais foram oferecidas quatro opções de escolha para suas respostas, dependendo da pergunta. São elas: muito fácil, fácil, difícil, muito difícil; ou gostei muito, gostei, não gostei e não tenho opinião; e, por fim: concordo fortemente; concordo, discordo e discordo fortemente.

Já para a captação das impressões dos docentes, foi utilizada uma entrevista semiestruturada contendo quatro perguntas abertas: Quais os pontos positivos e negativos

dos jogos? Os objetivos dos jogos aplicados foram atingidos? Você propõe alguma alteração nos jogos para torná-los mais eficazes e atraentes? Com esta última indagação, buscamos as propostas de alterações sugeridas por estes participantes.

Os dados obtidos por meio do escalograma de opinião aplicado ao grupo de discentes do estudo foram analisados a partir de estatística descritiva simples, sendo estas organizadas e dispostas em tabelas e quadros através do *software Microsoft® Word 2007*. Já os dados captados diante das respostas advindas da entrevista semiestruturada com os docentes foram analisados por meio da análise temática de Minayo (2010).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estiveram presentes 19 discentes no dia da aplicação do jogo 'Bombeando Conhecimento', perfazendo 95% da amostra do grupo I desta pesquisa. Dentre os participantes docentes, 66,7% estiveram presentes, pois um professor não compareceu à aplicação do jogo. Como o estudo trata de uma abordagem qualitativa, a quantidade de participantes não afetou a proposta inicial.

Percebe-se no perfil dos discentes que 73,7% eram do gênero feminino; 63,1% possuíam idade de 20 a 30 anos; 89,4% estavam solteiros, na mesma proporção, não possuem atividade remunerada; 57,9% mantinham o custeio da faculdade por meio do ProUni e 100% dos discentes não possuíam graduação anterior.

No instrumento aplicado aos discentes, investigaram-se as percepções destes a partir da análise de 13 categorias, da qual obtivemos os resultados apresentados a seguir. Na

tabela 01, evidencia-se a categoria grau de dificuldade do jogo aplicado, ilustrando os resultados à pergunta: Como você classificaria a dificuldade do jogo aplicado?

Tabela 1 – Categoria grau de dificuldade

Pergunta: Como você classificaria a dificuldade deste jogo?			
Muito Fácil	Fácil	Difícil	Muito Difícil
10,6%	52,6%	36,8%	0%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Percebe-se que mais da metade da amostra classifica o jogo como fácil e muito fácil. Em estudo semelhante a este, os autores Silva *et al.* (2011), ao aplicar o jogo Corrida Periódica para 27 alunos do curso de Licenciatura em Química, constataram que 77,5% dos discentes pesquisados apontaram que o jogo era de fácil compreensão, com regras claras e aceitáveis.

Na tabela 02, são evidenciados os resultados da categoria aceitação/satisfação.

Tabela 2 – Categoria Aceitação/Satisfação

Enunciado: Com relação a sua opinião sobre o jogo			
Gostei muito	Gostei	Não gostei	Não tenho opinião
89,5%	10,5%	0%	0%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Ressalta-se que o jogo aplicado foi bem aceito e apreciado de forma positiva em dimensão máxima -'Gostei Muito'- pela grande maioria dos discentes, atingindo uma proporção de 89,5%.

Com achados semelhantes aos do presente estudo, os autores Campos, Bortoloto e Felício (2003) mencionam que a apreciação positiva de um jogo didático pelos participantes depende de alguns aspectos, como características do material, ludicidade, aprendizagem de conteúdos já conhecidos, criatividade na dinâmica do jogar e direcionamento das regras, além de interação dos participantes.

Na análise da categoria motivação, o instrumento da pesquisa continha dois enunciados (Tabela 3).

Tabela 3 – Categoria Motivação

Enunciado 1: O jogo apresenta dinâmica atrativa e motivadora:				
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente	
89,5%	10,5%	0%	0%	
Enunciado 2: No decorrer do jogo as atividades propostas me motivaram a continuar:				
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente	
84,2%	15,8%	0%	0%	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Percebeu-se que a maioria dos entrevistados concordou plenamente que a dinâmica do jogo aplicado era atrativa e motivadora, e que as atividades propostas pelo jogo motivaram os participantes a permanecerem jogando. Corroboram com este resultado o estudo de Silva *et al.* (2011), pois, ao perguntar se o jogo ‘Corrida Periódica’, aplicado em discentes do curso de Licenciatura em Química, coopera no sentido de tornar a aula mais atrativa e dinâmica, 100% dos entrevistados responderam que sim.

Outra categoria investigada foi a atenção, também com dois enunciados na tabela 4.

Tabela 4 – Categoria Atenção

Enunciado 1: As atividades do jogo foram muito difíceis, dificultando meu entendimento e perdendo a atenção durante a execução do jogo:			
Concordo totalmente 10,5%	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente
	10,5%	26,4%	52,6%
Enunciado 2: A estrutura e o <i>design</i> do jogo apresentam características que capturam minha atenção:			
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
94,7%	5,3%	0%	0%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

A partir da análise desta categoria, percebe-se uma maior variação nas discriminações das respostas no primeiro enunciado, que enfatiza a dificuldade nas atividades durante a execução do jogo ‘Bombeando Conhecimento’.

Supõe-se que esta variação de respostas ocorreu porque existe atividade adicional no jogo ‘Bombeando Conhecimento’ com maior nível de complexidade, onde, além de o jogador percorrer as casas a partir do jogar do dado numérico e se propor a responder perguntas dispostas em cartas, tem-se como complemento do jogo quatro casas nomeadas ‘desafios’, onde se dispõem cartas de casos clínicos específicos sobre a temática abordada, os quais o jogador deve solucionar.

Para Sorgetz *et al.* (2012), jogos educativos com diferentes ações ou atividades promovem uma maior dificuldade na jogabilidade, na compreensão das regras e na atenção do jogador, principalmente diante do aluno que não consegue criar estratégias de ação para melhorar a sua atuação como jogador; além de forçá-lo a criar hipóteses e a desenvolver pensamento sistêmico com múltiplas alternativas de solucionar um determinado problema.

Ainda nesta categoria, reportando-se ao segundo enunciado, foi evidenciado, nas respostas dos entrevistados, que a maioria concorda totalmente que a atenção durante a execução dos jogos foi capturada devido ao design do jogo.

Andrade *et al.* (2012), em estudo semelhante, corroboraram com os resultados apresentados nesta pesquisa, quando relatam que a grande maioria dos entrevistados avaliou que os componentes do jogo construído em modelo de domínio, como figuras, estrutura, *design* e formatação, interferem na atenção dos participantes e na dinâmica de jogar.

Na categoria imersão, presente na tabela 5, evidencia-se que a maioria dos alunos entrevistados assinalou concordância no que se refere a não sentir o tempo passar, permanecendo concentrados durante a atividade do jogo.

Tabela 05 – Categoria Imersão

Enunciado: Eu não percebi o tempo passar enquanto jogava e me mantinha concentrado durante a aplicação do jogo.			
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
89,4%	5,3%	0%	5,3%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Compreende-se este resultado como positivo devido à constatação do envolvimento da maioria dos alunos na atividade proposta. Todavia, 5,3% dos pesquisados afirmaram perceber o tempo passar durante a atividade e não conseguiram se concentrar no jogo. Explica-se este fato quando a pesquisadora envolvida na fase de observação percebe que alguns alunos se mantinham dispersos, com consultas constantes aos telefones móveis, conversas paralelas com os colegas da dupla sobre assuntos não referentes ao jogo e busca de objetos em bolsas ou sacolas.

Braga (2009) afirma que a concentração é favorecida a partir da necessidade de completar atividades propostas nos jogos e ainda refere que, ao fugir do tradicional esquema de aula expositiva, o aluno se envolve na atividade de tal maneira que se predispõe a ser um sujeito ativo no processo de aprendizagem.

Na categoria relevância, destaca-se que a maioria dos entrevistados concorda totalmente que a experiência vivenciada foi relevante para a carreira discente (Tabela 06).

Tabela 06 – Categoria Relevância.

Enunciado: A experiência da atividade desenvolvida foi relevante para a carreira acadêmica:			
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
89,5%	10,5%	0%	0%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Com resultado semelhante, o estudo de Silva *et al.* (2011) aponta que 74% dos alunos que vivenciaram o jogo 'Corrida Periódica' referiram que esta atividade foi relevante à prática discente e, ao comparar com outras metodologias, atribuíram o uso de jogos no ensino como uma excelente metodologia. Para a categoria desafio, foi evidenciada a discriminação 'concorda totalmente' com maior prevalência na aplicação do jogo desta pesquisa (Tabela 7).

Tabela 07 – Categoria Desafio.

Enunciado: O jogo é desafiador e percebo que superei os desafios apresentados:			
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
73,7%	26,3%	0%	0%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

A partir da interpretação dos dados desta tabela, percebe-se que a maioria dos alunos pesquisados concorda totalmente que os jogos foram desafiadores e proporcionaram a superação em algumas atividades propostas.

Corroborando com este pensamento Moratori (2003), ao relatar que a resolução de problemas advinda dos desafios de um jogo permite aos aprendizes a autoavaliação quanto aos seus desempenhos, além de fazer com que todos os jogadores participem ativamente de todas as etapas.

Na categoria divertimento, infere-se na totalidade que a proposta do jogo é uma atividade lúdica e que desenvolve o aprendizado de forma mais divertida (Tabela 8).

Tabela 08 – Categoria Divertimento.

Enunciado: Considero a proposta do jogo uma atividade lúdica que aprendo de forma mais divertida:			
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
100%	0%	0%	0%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

No estudo realizado por Andrade *et al.* (2012), ressalta-se que o divertimento, a espontaneidade, a expressividade e o lúdico devem ser inseridos no processo educacional como parte integrante das atividades propostas, pois, assim, aprimoram-se as sensações e se permite uma total imersão dos envolvidos neste processo. Outra categoria investigada foi a de habilidade/competência disposta na tabela 9.

Tabela 9 – Categoria Habilidade/Competência.

Enunciado: Ao alcançar os objetivos do jogo me senti bem-sucedido e competente:			
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
68,4%	31,6%	0%	0%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Diante dos resultados, identifica-se que a maioria dos entrevistados concorda totalmente que, ao alcançar os objetivos dos jogos, sentiram-se mais bem-sucedidos e competentes.

A pesquisa de Mendes, Teixeira e Oliveira (2009) evidenciou que os alunos que vivenciaram os jogos didáticos para o ensino de Química apresentaram uma redução significativa dos erros nas questões pesquisadas, inferindo que, ao atingir os objetivos desta atividade com os jogos didáticos, os alunos apresentam uma melhor assimilação dos conteúdos abordados, tornando-os mais competentes e bem-sucedidos. Na tabela 10, evidenciam-se os resultados da investigação sobre a categoria interação social.

Tabela 10 – Categoria Interação Social.

Enunciado: Senti que, ao participar desta atividade, colaborei com outros colegas, e isso nos ajudou na aprendizagem:			
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
89,4%	5,3%	5,3%	0%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

A maioria dos discentes concorda totalmente que as atividades desenvolvidas, a partir da aplicação do jogo 'Bombeando Conhecimento', fez que houvesse a colaboração entre os colegas e os ajudou no aprendizado dos assuntos abordados.

Destaca-se o achado de que 5,3% dos entrevistados discordam quanto à colaboração do aprendizado entre os alunos, no jogo. Este achado chama a atenção, pois diverge das percepções dos docentes envolvidos na aplicação deste jogo, o que será discutido no momento da apresentação dos resultados obtidos a partir das entrevistas semiestruturadas.

Os autores Bianchini, Gerhardt e Dullius (2010) além de Silva e Amaral (2011) reforçam que o vínculo de relação professor/aluno e aluno/aluno contribui para a formação de atitudes, como: respeito, cooperação, solidariedade, obediência às regras, iniciativa pessoal e grupal.

Na análise da categoria experiência do usuário, o instrumento da pesquisa abrangia dois enunciados (Tabela 11). Como na categoria atenção, presente na tabela 05, esta evidenciou variadas discriminações de respostas.

Tabela 11 – Categoria Experiência do Usuário.

Enunciado 1: O jogo é muito longo:			
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente
5,2%	0%	47,4%	47,4%
Enunciado 2:Houve dificuldade em entender as regras do jogo aplicado:			
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente
10,5%	10,5%	31,6%	47,4%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

No primeiro enunciado, ressalta-se que as discriminações mais evidentes foram: ‘discordo totalmente’ e ‘discordo’, indicando que os jogos não foram cansativos em suas aplicações.

Já no segundo enunciado, percebe-se que o jogo ‘Bombeando Conhecimento’ deteve uma porcentagem de 21% que faz referência à dificuldade de entendimento das regras.Vale ressaltar que, como disposto na tabela 02, este jogo foi considerado pela maioria dos entrevistados como fácil e muito fácil, apresentando disparidade nos dados indicados nesta categoria. Supõe-se que o aluno, no momento da interpretação do enunciado, disposto na tabela 02, que

aborda o grau de dificuldade, tenha se detido a avaliar os jogos de forma generalizada, desde as regras aplicadas até a dificuldade ou facilidade de abordagem dos assuntos que compuseram os jogos. Nesta categoria, especificamente no enunciado 2, infere-se que o aluno tenha priorizado em sua análise exclusivamente as regras do jogo.

Costa (2012) afirma que, ao criar um jogo, as regras devem ser cautelosamente analisadas, pois, caso sejam apresentadas de forma muito rígida, podem tornar a dinâmica da atividade massacrante. Complementa que o jogador, ao participar de uma atividade regrada e ao mesmo tempo livre e espontânea, deve apropriar-se de um mínimo conhecimento prévio dos assuntos abordados, pois, só assim, a atividade ocorrerá de forma agradável e aceitável. A tabela 12 apresenta os resultados da categoria dinâmica do jogo.

Tabela 12 – Categoria Dinâmica do jogo.

Enunciado: A dinâmica do jogo me deixou interessado a ir até o final:			
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
78,9%	21,1%	0%	0%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Ao analisar as respostas, verifica-se que a maioria dos entrevistados referiu que concorda totalmente que a dinâmica do jogo proporcionou ao aluno o interesse de ir até o final do jogo. Remetendo à tabela 04, que analisou a dinâmica motivadora e atrativa do jogo aplicado, observam-se resultados semelhantes.

O jogo educativo deve criar no aluno a sensibilidade para a construção do seu conhecimento a partir das ações no ato de jogar que os incentivem a continuar. O interesse passa

a ser a força que comanda o processo da aprendizagem, a partir das suas experiências e descobertas (SILVA, 2010).

Em pesquisa de Soares (2004), que aplicou atividades e jogos didáticos em alunos do ensino médio de Química em escola pública e particular, constatou-se que 90% dos professores perceberam que a dinâmica dos jogos aplicados foi motivadora e disciplinadora, descrevendo, em seus relatos, que mesmo os alunos considerados pouco determinados nas atividades tradicionais de sala de aula conseguiram finalizar a atividade, sentindo-se motivados a permanecer na proposta pedagógica até o final.

Por fim, a categoria conhecimento/aprendizagem apresentada na tabela 13.

Tabela 13 – Categoria Conhecimento/aprendizagem.

Enunciado 1: O conteúdo abordado no jogo é relevante às vivências acadêmica e profissional:			
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente
100%	0%	0%	0%
Enunciado 2: Houve facilidade de aprendizagem do conteúdo explorado neste jogo:			
Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente
84,2%	15,8%	0%	0%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Visualiza-se na tabela 13 que o primeiro enunciado desta categoria aponta que 100% dos discentes concordam totalmente que os conteúdos abordados no jogo são relevantes às vivências acadêmicas e profissionais e, no segundo enunciado, afirmam que, a partir da aplicação do jogo, houve facilidade no aprendizado dos conteúdos abordados, variando entre as discriminações ‘concorda totalmente’ e ‘concorda’.

Este resultado deve-se ao fato de o conteúdo deste jogo ser amplo, evidenciando o conhecimento das temáticas básicas de anatomia, fisiologia e patologias cardiorrespiratórias, imprescindíveis para o momento acadêmico dos participantes.

Corroboram com estes resultados o estudo de Silva *et al.* (2011) que, ao investigar sobre a aprendizagem de conteúdos dispostos no jogo 'Corrida Periódica', 92,5% dos discentes referem que jogos deste tipo auxiliam na fixação dos conteúdos a serem trabalhados na sala de aula ou na prática discente, bem como despertou o interesse de aprofundar os conhecimentos acerca da temática explorada.

Os dados captados mediante as respostas da entrevista semiestruturada com os docentes compõem a parte qualitativa deste estudo e foram analisados e categorizados em temas, de acordo com a lógica da análise temática de Minayo (2010).

A primeira pergunta da entrevista investigou as impressões dos docentes acerca da utilização do jogo para o processo de ensino e aprendizagem.

Foram evidenciados dois temas para o jogo 'Bombeando Conhecimento': 'reativar o conhecimento' e 'revisão de conteúdo'. Os trechos que mais evidenciam estes temas são respectivamente:

"O jogo é dinâmico, reativa o conhecimento [...], oferece a oportunidade de revisão de vários temas e conteúdo" (Professor 1). "É interessante [...] aborda vários temas gerando a necessidade do conhecimento geral e global do aluno" (Professor 2).

Na presente pesquisa, houve relatos de que o jogo auxiliou na revisão do conteúdo já ministrado e na apropria-

ção da aprendizagem de vários outros, remetendo que o aluno deve ter conhecimento do assunto visto previamente em sala de aula. Tais resultados corroboram com o estudo de Campos, Bortoloto e Felício (2003) quando captadas as impressões dos docentes após a aplicação de dois jogos didáticos para o ensino de Biologia.

Sorgetz *et al.* (2012) apontam, em seu estudo, que os jogos se tornam interessantes quando aplicados como um instrumento que desenvolve no aluno o resgate de informações e conhecimentos prévios, não descartando a possibilidade desta ferramenta ser utilizada como abordagem inicial, auxiliando no desenvolvimento de um assunto específico.

Ao se analisar a segunda pergunta que se refere à sinalização dos pontos positivos e negativos do jogo aplicado, emergiram dois temas para o Jogo ‘Bombeando Conhecimento’, um voltado para o aspecto positivo – ‘ludicidade’ – e outro para o aspecto negativo - ‘instigação de competitividade entre os colegas’. Importante salientar que a competitividade foi observada tanto pelo docente entrevistado quanto pelo pesquisador, na observação participante. As frases representativas para este achado:

“Aquisição do conhecimento a partir da ludicidade, se divertindo” (Professor 1). “O despertar para a competitividade foi algo negativo que instigou e manteve ânimos acirrados entre os jogadores” (Professor 2).

A partir destes achados, busca-se o conceito de lúdico. Darido e Rangel (2005) apontam que, quando se participa de um jogo, cria-se um tipo de ilusão. Complementa Arantes (2006) que a palavra ilusão tem associação inerente e positiva à ideia de jogo. A matriz da palavra ilusão vem da língua

latina – *illusio* que, ao se associar ao verbo *illudere*, faz derivar o *ludus*. Em português, o lúdico. Este termo é utilizado para situações em que se vive uma ilusão, não no sentido popular de “fora” da realidade, utopia, fantasia, sonho; e sim no que se dá grande prazer e alegria em participar.

No que se refere à fala do Professor 2, Moratori (2003) enfatiza que a competição está presente de forma indissociável nos jogos, de forma a garantir aos participantes o dinamismo, o movimento, culminando em interesse e envolvimento naturais do aluno-jogador, contribuindo para o desenvolvimento social, intelectual e afetivo. Desta forma, não deve ser encarado necessariamente como um aspecto negativo.

Quanto às recomendações e às sugestões de modificações relacionadas ao jogo ‘Bombeando Conhecimento’ apontadas pelos docentes da pesquisa, estas advêm dos resultados da quarta indagação da entrevista semiestruturada com os docentes: Você propõe alguma alteração nos jogos para torná-los mais eficazes e atraentes?

A primeira indicação de alteração refere-se à disponibilização de um tempo para responder às questões do jogo ‘Bombeando Conhecimento’. Diante desta proposição, remete-se a Melo e Pereira (2013) que relatam que um jogo educativo, quando elaborado, deve se deter a considerar o tempo de sua aplicação e a quantidade de ações necessárias para o decorrer do jogo.

A segunda proposta de alteração se refere à necessidade de disponibilizar uma maior quantidade de cartas com as questões ‘desafio’ no jogo aplicado. Como explicado anteriormente, neste jogo, existem quatro casas desafios

dispostas no tabuleiro. O jogador participante, ao alcançar estas casas, retira uma carta denominada 'questão desafio', que corresponde a um caso clínico. Para esta pesquisa, foram disponibilizadas quatro cartas, portanto quatro casos clínicos que foram todos utilizados.

Diante disso, foi questionado por um professor como seria caso algum pino se localizasse novamente nesta casa. As regras do jogo 'Bombeando Conhecimento' não explicitam qual o procedimento a ser tomado quando diante de uma situação como esta, portanto se entende a importância da criação de novos casos clínicos para compor as 'questões desafio', com o intuito de superar esta possibilidade em outro momento de aplicação do jogo.

4 CONCLUSÃO

A partir do que foi apresentado nesta pesquisa, considera-se que o jogo Bombeando Conhecimento é uma ferramenta pedagógica viável para o Ensino Superior. As percepções dos discentes apontadas após a aplicação do instrumento da pesquisa mostraram-se mais positivas do que negativas em relação a vários aspectos, assim como as dos docentes.

Esta pesquisa abre caminhos para a reflexão de que novos estudos sobre a abordagem de metodologias ativas com o uso de jogos educativos possam ser realizados. O término desta investigação nos proporciona a reflexão de que os docentes e discentes devem ampliar suas concepções de educação, mantendo uma autonomia didático-pedagógica.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Lívia Zulmyra Cintra *et al.* Desenvolvimento e validação de jogo educativo: medida da pressão arterial. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 323-327, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v20n3/07.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

ARANTES, Valeria Amorim (Org.). **Jogo e projeto**: pontos e contrapontos. São Paulo: Summus, 2006. 140 p.

BIANCHINI, Gisele; GERHARDT, Tatiane; DULLIUS, Maria Madalena. Jogos no ensino de matemática “quais as possíveis contribuições do uso de jogos no processo de ensino e de aprendizagem da matemática?” **Revista Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 2, n. 4, p. 1-8, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/103/61>>. Acesso em: 10 out. 2013.

BRAGA, Natália Hermeto Mendes. **Elaboração e testagem do jogo trilha educativa terapia manual na Fisioterapia**: proposta para favorecer a aprendizagem. 2009. 129 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino de Ciências e Matemática)– Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/EnCiMat_BragANH_1.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos da saúde**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/formação_profissionais_2008.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466, de 12 de Dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 25 maio 2015.

CAMPOS, Luciana Maria Lunardi; BORTOLOTO, T. M.; FELÍCIO, A. K. C. **A produção de jogos didáticos para o ensino de Ciências e Biologia**: uma proposta para favorecer a aprendizagem. São Paulo: UNESP, 2003. Disponível em: <<http://www.unesp.br/prograd/PDF-NE2002/aproducaodejogos.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2014.

CASANOVA, Ísis Alexandrina; MORAES, Ana Alcídia de Araújo; RUIZ-MORENO, Lidia. O ensino da promoção da saúde na graduação de fonoaudiologia na cidade de São Paulo. **Pro-Posições**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 219-234, set./dez. 2010.

COSTA, Leandro de Oliveira. **A classificação biológica nas salas de aula**: modelo para um jogo didático. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino de Biociências e Saúde)– Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/icict/6410>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

DARIDO, Suraya Cristina; RANGEL, Irene Conceição Andrade. **Educação Física na escola**: implicações para a prática pedagógica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 104 p.

LEGEY, Ana Paula *et al.* Desenvolvimento de jogos educativos como ferramenta didática: um olhar voltado à formação de futuros docentes de ciências. **ALEXANDRIA**: Revista de Educação em Ciência e Tecnologia, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 49-82, nov. 2012.

MELO, Anairtes Martins; PEREIRA, Rebecca da Silva Galdino. **Percepção do discente acerca de experiências do uso de metodologias ativas no ensino superior de Fisioterapia**. 2013. 86 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) – Faculdade Nordeste, Fortaleza, 2013.

MENDES, Livia Michelle; TEIXEIRA, Gleyce; OLIVEIRA, Marcelo. Desenvolvimento de jogos didáticos para as aulas de química geral.

In: CONGRESSO DE PESQUISA E INOVAÇÃO DA REDE NORTE E NORDESTE DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA, 6., 2009, Belém. **Anais eletrônicos...** Belém: IFPA, 2009. Disponível em: <http://www.connepi2009.ifpa.edu.br/connepi-anais/artigos/227_934_953.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 402 p.

MORATORI, Patrick Barbosa. **Por que utilizar jogos educativos no processo de ensino aprendizagem?** 2003. 33 f. Trabalho apresentado como requisito final para aprovação na Disciplina Introdução à Informática na Educação, Departamento de Matemática, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.nce.ufrj.br/GINAPE/publicacoes/trabalhos/t_2003/t_2003_patrick_barbosa_moratori.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2014.

SAVI, Rafael *et al.* Proposta de um modelo de avaliação de jogos educacionais. **RENOTE:** Novas Tecnologias na Educação, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 1-12, dez. 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/renote/article/view/18043/10630>>. Acesso em: 10 out. 2014.

SILVA, Hellen Regina Guimarães da *et al.* Desenvolvimento e aplicação de um jogo educativo como auxílio para o ensino da tabela periódica. In: CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE QUÍMICA, 4.; ENCONTRO NORTE-NORDESTE DE ENSINO DE QUÍMICA, 2., 2011, Natal. **Anais eletrônicos...** Natal: ANNQ, 2011. Disponível em: <<http://www.annq.org/congresso2011/arquivos/1300324996.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

SILVA, Luciene Vitor Pereira. **Gestão participativa um caminho importante para um ensino-aprendizado de sucesso.** 2010. 13 f. Artigo Final (Especialização em Gestão Escolar) - Escola de Ges-

tores, Fundação de Apoio Científico e Tecnológico do Tocantins, Palmas, 2010. Disponível em: <http://moodle3.mec.gov.br/uft/mod/data/view.php?d=850&perpage=10&search=Luciene&sort=1110&order=ASC&advanced=0&filter=1&f_1110=&f_1111=&f_1112=&f_1115=&u_fn=&u_ln=>. Acesso em: 3 nov. 2014.

SILVA, Tânia Cristina; AMARAL, Carmem Lúcia Costa. Jogos e avaliação no processo ensino-aprendizagem: uma relação possível. **REnCiMa**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 1-8, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://revistapos.cruzeirosul.edu.br/index.php/rencima/article/viewFile/47/34>>. Acesso em: 15 out. 2013.

SANTOS, Grace Oliveira Paim C. dos *et al.* A inclusão de jogos pedagógicos no ensino de Ciências. In: EDEQ: ENCONTRO DE DEBATES SOBRE O ENSINO DE QUÍMICA, 33., 2013, Ijuí. **Anais Eletrônicos ... Ijuí: Unijui**, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/edeq/article/view/2594/2174>>. Acesso em: 15 out. 2013.

SOARES, Márlon Herbert Flora Barbosa. **O lúdico em Química: jogos e atividades aplicados ao ensino de Química**. 2004. 218 f. Tese (Doutorado em Química) – Programa de Pós-Graduação em Química, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004. Disponível em: <http://www.bdt.d.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_arquivos/18/TDE-2012-02-14T162358Z-4173/Publico/4088.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2014.

SORGETZ, Clara Denise *et al.* A inclusão de jogos pedagógicos no ensino de Ciências. In: ENCONTRO DE DEBATES SOBRE O ENSINO DE QUÍMICA, 32., 2012, Porto Alegre. **Anais eletrônicos...** Porto Alegre: UFRGS, 2012. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/edeq2012/Anais-Versao-Final.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2015.

VASCONCELLOS, Celso dos Santos. **Construção do conhecimento em sala de aula**. 13. ed. São Paulo: Libertad, 2002. 144 p.

IV. AVALIAÇÃO DOS ALUNOS DO CURSO DE LETRAS SOBRE A INCLUSÃO DA DISCIPLINA DE SAÚDE VOCAL NO FLUXOGRAMA

Christina Cesar Praça Brasil, Daniele de Araújo Oliveira Carlos, Ana Maria Fontenelle Catrib, Raimunda Magalhães da Silva

1 INTRODUÇÃO

A voz é uma característica humana que está intimamente relacionada com a necessidade do homem de se agrupar e se comunicar. Ela é produto da evolução humana e corresponde a um trabalho conjunto dos sistemas nervoso, respiratório e digestivo, envolvendo músculos, ligamentos e ossos, que atuam harmoniosamente para que se possa obter uma emissão eficiente (GRILLO, 2005).

A disfonia é um sintoma relacionado a toda e qualquer dificuldade na emissão que impeça a produção natural da voz (BELHAU *et al.*, 2001; VIEIRA *et al.*, 2007), o que pode prejudicar a interação social, o exercício profissional e a qualidade de vida.

Segundo Rogerson e Dodd (2005), a voz profissional é descrita como uma ferramenta de comunicação oral utilizada por indivíduos que dela dependem para exercer suas atividades ocupacionais. Diante disso, o distúrbio vocal relacionado ao trabalho é apresentado como qualquer alteração vocal diretamente relacionada ao uso da voz durante a atividade profissional que diminua, comprometa ou

impeça a atuação e/ou a comunicação do trabalhador (FABRON, 2005). Nesse contexto, o professor é considerado um profissional da voz, uma vez que depende da produção e da qualidade vocal para o exercício profissional.

Aproximadamente um terço da população mundial utiliza a voz como a principal ferramenta de trabalho e, nesse grupo, dois milhões são professores da Educação Básica (VILKMAN, 2004; BRASIL, 2009). Por fazer parte de um número tão significativo, a quantidade de pesquisas envolvendo esses profissionais vem crescendo muito nos últimos anos (PENTEADO; BICUDO-PERREIRA, 2003; DRAGONE *et al.*, 2010).

Roy *et al.* (2004) afirmam que, em estudos com grupos de professores e não-professores, os docentes possuem mais chances de apresentarem queixas vocais, mais sintomas relacionados ao uso da voz e maiores níveis de absenteísmo do que os profissionais de outras categorias ocupacionais. Vários autores defendem que a percepção dos efeitos negativos da disфонia na performance dos professores em sala de aula é um assunto que merece atenção multidisciplinar para que a qualidade de vida não seja prejudicada (SMITH *et al.*, 1998; REYES; RIVAS; VALDÉS, 2013).

Outro aspecto a ser considerado diz respeito aos prejuízos que a alteração vocal traz para o desempenho e a motivação do aluno. Em vários estudos, foi comprovado que os alunos conseguem compreender melhor uma frase quando esta é lida por uma voz saudável do que por uma voz disfônica (ARAÚJO *et al.*, 2008; PALHETA NETO *et al.*, 2008). Tudo isso traz impactos no processo de ensino e aprendizagem, o que merece a atenção dos gestores das áreas da Saúde e da Educação.

Ao observar os aspectos relacionados à saúde dos professores, evidenciam-se lacunas que precisam ser preenchidas no Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2007), visto que tal programa não inclui ações voltadas à saúde vocal do professor. No estudo de Ferreira *et al.* (2009) sobre as leis brasileiras voltadas à saúde vocal do professor, foi observado que a maioria das ações previstas nessas leis (90,91%) cobrem somente a assistência preventiva, com a realização de cursos teórico-práticos ministrados por fonoaudiólogos. Em 77,27% das leis, há a ressalva de oferta ao professor com alteração vocal de tratamento fonoaudiológico e/ou médico. Em apenas 13,64% dos documentos são previstas ações mais completas, avançando-se para além da oferta de cursos e incluindo ações de promoção, reabilitação e cuidados com o ambiente de trabalho. Assim, os autores concluem que são poucas as leis a favor da saúde vocal do professor brasileiro e que elas precisam ser ampliadas e bem distribuídas em todas as regiões brasileiras, além de se transformarem em programas de saúde vocal eficazes e resolutivos.

Assim sendo, o conhecimento sobre a voz e a forma como ela se apresenta devem ser encarados como princípio básico para que o professor exerça o seu ofício, uma vez que a comunicação verbal é uma das mais importantes ferramentas para o ensino. No entanto, percebe-se que a realidade brasileira é outra, visto que o professor não é treinado para o bom uso da voz no âmbito profissional. Isso pode ser constatado pelo fato de que, na maioria das Instituições de Ensino Superior (IES) que possuem cursos de formação na área de Educação, não existem disciplinas que abordem conceitos básicos sobre saúde vocal, como mostram os estudos de Reyes, Rivas e Valdés (2013).

Acredita-se, portanto, que os problemas vocais dos professores podem repercutir negativamente na avaliação dos processos educacionais, o que justifica a necessidade de inclusão de programas de saúde vocal para professores, desde a sua formação acadêmica.

O objetivo do presente artigo foi verificar a avaliação dos estudantes do curso superior de Letras de uma universidade pública sobre a inclusão de uma disciplina de saúde vocal no fluxograma acadêmico.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa é um estudo transversal, com abordagem quantitativa, que foi desenvolvida no período de janeiro a maio de 2015. O estudo faz parte de um projeto “guarda-chuva” intitulado “A voz da professora não pode calar: sentidos, ações e interpretações no contexto da integralidade em saúde”, que teve aprovação no Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, sob o registro de nº 899.798. Ressalta-se que este projeto foi apresentado ao Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, atendendo às Normas do Conselho Nacional de Saúde para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos.

A amostra foi constituída de 58 alunos do curso de graduação em Letras da Universidade Federal do Ceará – UFC, os quais participaram do estudo mediante orientação preliminar sobre seus objetivos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: estar regularmente matriculado no curso de letra e cursar o penúltimo ou o último semestre curricular. Como crité-

rios de exclusão foram considerados os seguintes aspectos: a não aceitação por parte dos alunos em participar da pesquisa ou estar frequentando o curso como aluno especial.

Inicialmente, a coordenadora do curso de Letras da Universidade Federal do Ceará – UFC foi visitada pela pesquisadora para explicar sobre os objetivos e a metodologia do estudo. Nessa ocasião, recebeu uma carta de anuência para que autorizasse a realização da pesquisa. Somente após esse processo, a coleta de dados foi iniciada.

O instrumento para a coleta dos dados foi um questionário de autoria própria com o intuito de verificar a importância e a relevância da inclusão de uma disciplina sobre saúde vocal durante a formação acadêmica. Este questionário foi validado por meio de um teste piloto realizado com 15 alunos da IES mencionada, antes da aplicação com a amostra definitiva.

O questionário foi aplicado pela pesquisadora em sala de aula, a qual distribuiu os instrumentos para todos os alunos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, foi feita uma leitura em voz alta e prestados todos os esclarecimentos necessários. Ressalta-se que a pesquisadora permaneceu no local até que todos tivessem respondido todas as questões. O tempo médio de aplicação do questionário foi de aproximadamente 30 minutos.

A Coleta ocorreu em três dias diferentes, respeitando-se a disposição e a autorização de cada professor responsável pelas turmas selecionadas, para as quais o questionário foi aplicado.

O questionário é composto de questões abertas e fechadas que investigam os seguintes aspectos: dados de identificação, formação e vida profissional, condições de

saúde, percepções sobre a voz e, por último, opinião sobre a inclusão de uma disciplina de saúde vocal no respectivo curso de graduação.

A análise dos dados quantitativos foi realizada com a utilização do programa SPSS versão 20.0 e, em seguida, analisados à luz da literatura pesquisada.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

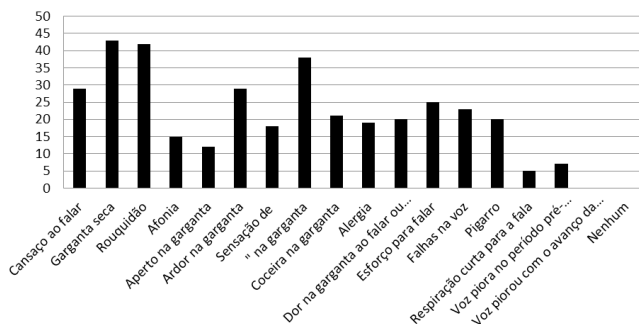
No que diz respeito à caracterização da população, a amostra foi composta de alunos de ambos os sexos, sendo que 60,34% eram do sexo feminino e 39,66% eram do sexo masculino. Dentre os participantes, 91,37% eram solteiros e 58,62% possuíam moradia própria. A média de idade foi de 23 anos. Com relação ao período cursado, 50% da amostra encontravam-se no 7º semestre, 15,6% no 8º semestre e 34,4% no último semestre.

O perfil da população apresentado é diferente do perfil de população disponível e discutido amplamente na literatura (ARAÚJO, 2008; BRASIL, 2015), uma vez que as pesquisas se direcionam para professores que já são graduados e que atuam na área de educação. No caso da presente pesquisa, o foco recaiu sobre estudantes dos dois últimos anos do curso de graduação em Letras, o que possibilitou verificar suas percepções a respeito da inclusão de uma disciplina sobre saúde vocal na formação acadêmica. Um estudo de Brasil (2015) mostrou que a maioria das professoras do ensino fundamental da rede municipal de ensino de Fortaleza-Ceará menciona sentir falta dessa disciplina na formação dos profissionais da área de educação e sugere a inclusão desta nos fluxogramas acadêmicos.

Na amostra analisada, 51,72% dos alunos já exercem atividades em sala de aula, no entanto, quando questionados se a Universidade disponibiliza programa de saúde vocal ou palestras que abordem o assunto, 100% dos entrevistados afirmaram que a IES não disponibiliza esse tipo de conteúdo/serviço. Desse total, apenas 15,51% já receberam orientações de um fonoaudiólogo e/ou otorrinolaringologista sobre saúde vocal.

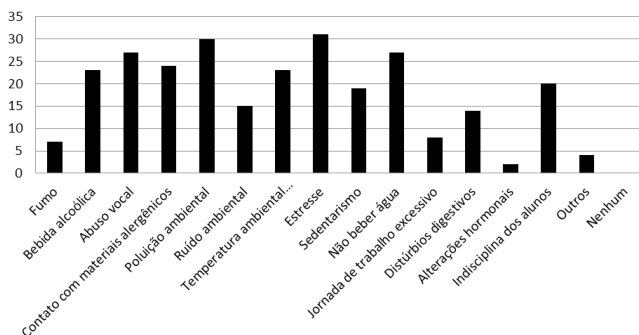
Em estudo anterior, foi verificado que dificilmente professores buscam profissionais para a prevenção de alterações vocais, uma vez que o atendimento pautado na medicalização não requer acompanhamento semanal, provando assim que o professor só busca atendimento especializado quando o problema já está instalado (BRASIL, 2015).

A inexistência de programas sistemáticos voltados à promoção da saúde vocal dos futuros professores é uma das principais causas da falta de cuidado dos que atuam como professores, uma vez que, em razão das difíceis condições de trabalho, da pouca acessibilidade aos profissionais da saúde, da carga horária exaustiva e do conhecimento limitado sobre a voz, as professoras não se preocupam em cuidar ou prevenir as alterações vocais, antes de o problema já estar instalado (PEREIRA *et al.*, 2014).

Gráfico 1 - Frequência dos sintomas relatados pelos alunos.


Fonte: Autores.

O gráfico 1 mostra os sintomas mais relatados pelos participantes desta pesquisa, quais sejam: garganta seca (43), rouquidão (42) e coceira na garganta (38). Esses dados corroboram com o estudo de Araújo *et al.* (2008), que constatou que a rouquidão, o cansaço ao falar, a perda da voz e a irritação na garganta também estavam presentes na população estudada. Foi relatado, ainda, que esses sintomas estavam associados a uma carga horária de trabalho com mais de 25 horas semanais. Esses dados são preocupantes, pois, se hoje os estudantes já apresentam tais sintomas, a tendência é que eles se evidenciem e até aumentem com o passar dos anos e com o uso abusivo da voz.

Gráfico 2 - Fatores de risco que fazem parte da rotina dos estudantes.


Fonte: Autores.

O gráfico 2 mostra que o estresse (31) foi um dos fatores de risco mais relatados pelos acadêmicos de Letras. No estudo de Brasil (2015), o estresse expressou associações com o número de sintomas, o número de turnos de trabalho e o tempo de atividade em sala de aula. Ainda observou-se uma tendência à associação do estresse com a faixa etária.

A poluição ambiental referida por 30 participantes foi outro aspecto que se destacou na presente pesquisa. A poluição ambiental favorece o desenvolvimento de alergias e alterações respiratórias, as quais podem prejudicar a saúde vocal. Associado a isso, aparece o ruído ambiental referido por 15 participantes, o qual potencializa a tendência em falar alto, contribuindo de forma significativa para as alterações vocais.

O terceiro fator de risco mais relatado pelos estudantes foi o abuso vocal e o fato de não beber água. Vários estudos confirmam os achados desta pesquisa, se levarmos em consideração os estudos realizados com professores, uma

vez que verificam que os fatores de risco encontrados se assemelham aos referidos pela população estudada, considerando a indisciplina dos alunos, o ruído ambiental, o estresse, o abuso vocal, a exposição à poluição ambiental, a sobrecarga de trabalho, além da temperatura desconfortável das salas de aula, como os mais frequentes (LUCHESE *et al.*, 2009; MARÇAL; PERES, 2011; SOUZA *et al.*, 2011).

Ainda sobre as condições de saúde, quando os alunos foram indagados sobre a importância da sua voz para a sua vida pessoal, social e profissional, 91,38% relataram ser muito importante e 8,62% importante. Apesar de atribuírem uma importância muito grande à voz, 68,96% dos alunos relataram que não cuidam da sua saúde vocal no dia a dia e, mesmo assim, 56,89% relataram que acham a voz boa.

Para essa população, os cuidados com a voz deveriam fazer parte da sua rotina diária, uma vez que a falta de cuidado adequado pode levar a desfechos indesejáveis e também a alterações respiratórias e vocais importantes. De acordo com Reyes, Rivas e Valdés (2013), o professor é um profissional da voz, portanto tem o dever de saber quais são os requisitos necessários para uma voz saudável, além de ser consciente de que as alterações vocais podem interferir na sua capacidade de comunicação e principalmente no seu desempenho profissional.

Com basenesses dados, percebe-se o quanto é importante que o fonoaudiólogo realize uma ação mediadora, estabelecendo uma rotina de orientações e ações de promoção do cuidado para incentivar o conhecimento que leva ao cuidado de modo mais eficaz. Afinal, só se cuida bem daquilo que se conhece (BRASIL, 2015).

Em relação à inclusão de uma disciplina sobre saúde vocal no curso de graduação em Letras, 94,82% dos alunos relataram que gostariam de tê-la na matriz curricular e, dentre estes, 36,36% disseram que deveria ser obrigatória, 60% responderam que deveria ser optativa e apenas 3,64% se mostraram indiferentes. Não foram encontrados estudos similares que possibilitassem a comparação desses resultados.

4 CONCLUSÃO

A ausência de conteúdo sobre saúde vocal no curso superior de Letras representa um problema na visão dos acadêmicos, pois os futuros docentes consideram-se desprovidos de informações que favoreçam o uso vocal saudável, o que pode acarretar inúmeros problemas, desde prejuízos à saúde do profissional até comprometimentos no seu desempenho e na avaliação dos processos educacionais.

Diante dos achados, a inclusão de uma disciplina sobre saúde vocal nos cursos de formação de professores é vista como fundamental para que se tenha uma diminuição dos problemas vocais e a melhoria das condições de trabalho do professor. Além disso, os acadêmicos acreditam que noções sobre saúde vocal durante o seu processo de formação profissional poderá contribuir com um ensino de qualidade, respaldado no conhecimento, nas ações promotoras de saúde e numa melhor avaliação das condições de saúde que impactem nos processos educacionais.

Acreditam, ainda, que a inclusão da disciplina de saúde vocal no fluxograma do curso de Letras constituirá uma inovação no ensino, uma vez que, nessa área, a saúde e a

educação precisam andar bem próximas, visando à formação integral dos futuros professores. Segundo eles, por se tratar de uma ferramenta tão importante para o exercício da profissão, o uso adequado da voz está atrelado ao bom desempenho do futuro professor em sala de aula. Para esse profissional, faz-se necessário compreender que o seu ofício é também o de comunicador e, como tal, exige, além do conhecimento, uma voz saudável para que a comunicação seja eficaz.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M. *et al.* Fatores associados a alterações vocais em professoras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1229-1238, jun. 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979. 270 p.

BEHLAU, M. *et al.* Avaliação de voz. In: _____ (Org.). **Voz: o livro do especialista**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 85-245.

BLUMER, H. **Interactionism: perspective and method**. Los Angeles: University of California Press, 1969.

BRASIL, C. C. P. **A voz da professora não pode calar: sentidos, ações e interpretações no contexto da integralidade em saúde**. 2015. 234 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Censo Escolar 2009**. Brasília, 2009.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 6286, de 05 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, 2007. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 15 out. 2015.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006. 125 p.

DRAGONE, M. L. S. *et al.* Voz do professor: uma revisão de 15 anos de contribuição Fonoaudiológica. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v.15, n. 2, p. 289-296, abr./jun. 2010.

FABRON, E. M. G. **A voz como recurso didático**: reconhecimento e julgamento de suas qualidades. 2005. 151 f. Tese (Doutorado em Educação)– Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2005.

FERREIRA, L. P. *et al.* Políticas públicas e voz do professor: caracterização das leis brasileiras. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-7, jan./mar. 2009.

GRILLO, M. H. M. M.; PENTEADO, R. Z. Impacto da voz na qualidade de vida de professore(a)s do ensino fundamental. **Pró-Fono**: revista de atualização científica, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 321-330, set./dez. 2005.

LUCHESE, K. F. *et al.* Problemas vocais no trabalho: prevenção na prática docente sob a óptica do professor. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, n.4, p.673-681, out./dez. 2009.

MARÇAL, C. C. B.; PERES, M. A. Alteração vocal auto-referida em professores: prevalência e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 503-511, jun. 2011.

PALHETA NETO, F. X. *et al.* Incidência de rouquidão em alunos do último ano dos cursos de licenciatura. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 246-252, abr./ jun. 2008.

PENTEADO, R. Z.; BICUDO-PEREIRA, I. M. T. Avaliação do impacto da voz na qualidade de vida de professores. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p.19-28, dez. 2003.

PEREIRA, É. F. *et al.* Associação entre o perfil de ambiente e condições de trabalho com a percepção de saúde e qualidade de vida em professores de educação básica. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 111-119, abr./jun. 2014.

ROY, N. *et al.* Voice disorders in teachers and the general population: effects on work performance, attendance, and future career choices. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, Rockville, v. 47, n.3, p. 542-551, June 2004.

REYES, M R.; RIVAS, M. A. B.; VALDÉS, M. O. El cuidado de la voz en la actividad docente. **Revista Habanera de Ciencias Médicas**, Havana, v.12, n.3, p. 74-81, 2013. Suplemento. Disponível em: <[http://www.revhabanera.sld.cu/index.php /rhab/article/view/44/149](http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/44/149)>. Acesso em: 19 maio 2015.

ROGERSON, J.; DODD, B. Is there an effect of dysphonic teachers' voices on children's processing of spoken language? **J. Voice**, Philadelphia, v. 19, n. 1, p. 47-60, Mar. 2005.

SMITH, E. *et al.* Frequency of voice problems among teachers and other occupations. **J Voice**, Philadelphia, v. 12, n.4, p. 480-488, dez. 1998.

SOUZA, C. L. de *et al.* Fatores associados a patologias de pregas vocais em professores. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 914-921, out. 2011.

VILKMAN, E. Occupational safety and health aspects of voice and speech professions. **Folia Phoniatr Logop**, Basel, v. 56, n. 4, p. 220-253, jul./ago. 2004.

VIEIRA, A. B. C. *et al.* Fatores causais e profilaxia da disfonia na prática docente. **Cadernos de Educação**, Pelotas, v. 28, p. 255 - 270, jan./jun. 2007.

V. TRANSFORMAR O SUBJETIVO EM OBJETIVO: AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS EM CIRURGIA DE ESTUDANTES DE MEDICINA

Antônio Aldo Melo Filho, Bruno Tigre de Arruda Leitão, Cláudio Pinheiro Dias, Francisco de Assis Castro Bonfim Júnior, Francisco Julimar Correia de Menezes, Nívea Adriano de Santana e Santos

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, houve no Brasil um expressivo aumento no número de cursos e conseqüentemente um aumento no número de vagas para Medicina. Existem atualmente mais de 200 escolas médicas distribuídas em todo território nacional e há previsão de criação de novos cursos de graduação e aumento no número de vagas nos cursos existentes (BRASIL, 2013). O número de médicos deve estar indissolúvelmente ligado à qualidade da formação e esta diretamente relacionada com a oferta de uma atenção à saúde de qualidade à população (MARTINS; SILVEIRA; SILVESTRE, 2013). Nesse sentido é fundamental entender como se constrói o saber médico e assim propor alternativas para o seu processo de educação (FEUERWERKER, 2002).

O ensino na universidade constitui um processo de busca, de construção científica e de crítica ao conhecimento produzido, ou seja, o seu papel na construção da sociedade. Nessa perspectiva, o professor universitário precisa atuar de

forma reflexiva, crítica e competente no âmbito de sua disciplina, capacitado a exercer a docência e a realizar atividades de investigação (PIMENTA; ANASTASIOU, 2002).

Diante das necessidades sociais da atualidade, a formação de profissionais com perfil adequado envolve características genéricas necessárias como: propiciar a capacidade de aprender a aprender, trabalhar em equipe, ser ágil diante das situações, comunicar-se adequadamente e dispor de capacidade propositiva (FEUERWERKER, 2002).

No mundo contemporâneo, novas propostas pedagógicas enfatizam a participação dos alunos no processo de aprender e indicam um novo desafio para a avaliação da aprendizagem. A verificação do desempenho dos alunos perante os objetivos estabelecidos deve examinar quais foram atingidos, observando-se critérios que norteiam a tomada de decisão do professor. Nessa perspectiva, a avaliação formativa possibilita examinar o que se sabe, para continuar a reorientar o ensino e a aprendizagem e quais ações a serem empreendidas (ROMANOWSKI; WACHOWICZ, 2004). Essa avaliação ao longo do processo de aprendizagem (formativa) permite identificar problemas e possibilita correções, especialmente numa proposta na qual o aluno atua como sujeito (FEUERWERKER, 2002). Além disso, o processo de avaliação ocorre de forma contínua, cumulativa e evolutiva ou ascendente, rumo ao objetivo proposto e que garanta uma formação adequada (LANE, 2000).

As competências e o perfil médico estão estabelecidos nas Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Medicina as quais instituem para a organização curricular um médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos e no

processo de saúde-doença. Além disso, a formação médica no Brasil inclui estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço para os últimos dois anos, em regime de internato e em diversos cenários sob a supervisão direta dos docentes da instituição da qual é egresso (BRASIL, 2013).

É através da união dos conhecimentos teóricos e da experiência clínica que se completa a formação médica. Nesse processo, o profissional se apropria dos doentes e das doenças, constrói a experiência clínica e a ética de suas relações com os pacientes, com base nos exemplos e experimentações (FEUERWERKER, 2002).

A avaliação do aluno de medicina no cenário de prática pode caracterizar-se como uma das etapas mais difíceis na avaliação formativa, pois além de adquirir um conjunto de conhecimentos fundamentais, necessita, também, dominar uma série de habilidades de complexidade variável, que nem sempre são de fácil avaliação e exigem diversidade de métodos e de instrumentos específicos (MEGALE; GONTIJO; MOTTA, 2009), além de representar para os alunos a contabilização do resultado obtido, o qual se mantém cristalizado ao incorporar o conhecimento, transformando-o em habilidade. Além disso, necessita-se, ainda, avaliar a atitude referente aos dois primeiros itens do tripé conhecimento-habilidade-atitude (PIMENTA; ANASTASIOU, 2002).

Apesar do número de pesquisas e teorias desenvolvidas na última década que abordam a avaliação de habilidades clínicas e atitudes dos estudantes de medicina no campo da prática, ainda não há um instrumento pedagógico que substitua a observação contínua do professor, ao passo que avaliar é emitir um juízo de valor e, por isso, dispõe de subjetividade, que não deve ser negada ou subestimada, e sim, controlada

(MEGALE *et al.*, 2015). Segundo Lane (2000), o processo de avaliação requer uma capacidade de observação e registro por parte do professor e, se possível, do aluno também.

De acordo com Feuerwerker (2002), a avaliação de competência compreende a observação do desempenho do estudante em tarefas clínicas específicas executadas em pacientes, bem como o correspondente juízo de valor sobre a adequação desse desempenho, devendo ser consideradas as habilidades clínicas, psicomotoras, a interação com o paciente, o controle das informações, a capacidade de julgamento, a síntese e decisão e a defesa de atitudes éticas. Além dos conhecimentos fundamentais, o estudante de Medicina precisa dominar habilidades de complexidade variável, de difícil avaliação, as quais exigem diferentes métodos e instrumentos específicos (MEGALE; GONTIJO; MOTTA, 2009). A avaliação prática de desempenho dos estudantes de Medicina tem envolvido instrumentos que visam medir sua competência e, ao mesmo tempo, fazer o registro dessa avaliação, pois é por meio da documentação que se credencia e se legitima a escolarização, ou seja, o registro é que assegura o resultado obtido (ROMANOWSKI; WACHOWICZ, 2004).

Nessa perspectiva, o *Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-Cex)*, idealizado por Norcini *et al.* (1995) e desenvolvido na *American Board of Internal Medicine (ABIM)*, vem sendo utilizado em vários serviços de residência e universidades norte-americanas como uma escala de avaliação de habilidades clínicas. Segundo Megale, Gontijo e Motta (2009, p. 167), o Mini-CEx é:

Um instrumento de observação direta de desempenho, que permite que o professor avalie o estudante

enquanto este realiza uma consulta objetiva e rápida, focada em determinada necessidade do paciente. Sua principal característica é reproduzir da maneira mais fiel possível a rotina do profissional em seu local de trabalho. Não interfere na rotina do serviço, não usa o paciente como objeto de ensino e consegue identificar e corrigir deficiências de desempenho.

O Mini-CEx é uma ferramenta de observação direta que procura avaliar as competências clínicas de internos e residentes, pela qual o aluno realiza uma consulta objetiva com foco na necessidade atual do paciente em curto tempo, em média de 15 a 20 minutos, sob observação do professor.

Esse processo avaliativo pode ser realizado em vários ambientes como: enfermaria, ambulatório, alojamento conjunto de unidade neonatal ou UTI, de forma inicial ou como seguimento. Durante a consulta, o examinador observa e realiza anotações na ficha após finalização, fornece um *feedback* ao estudante, apontando as áreas em que logrou êxito e aquelas em que há uma necessidade de aperfeiçoamento. Algumas observações devem ser anotadas como: data, caso clínico, sexo do paciente, tipo de consulta, local, tempo gasto no atendimento e tempo do *feedback* (MEGALE; GONTIJO; MOTTA, 2009).

De acordo com a *American Board of Internal Medicine* (2001), o Mini-CEx procura avaliar as seguintes competências: habilidades na entrevista, habilidades no exame físico, qualidades humanísticas/profissionalismo, raciocínio clínico, habilidades de orientação, organização/eficiência e com-

petência clínica geral, através da utilização de uma escala de nove pontos em que 1 a 3 será considerado insatisfatório; 4 a 6, satisfatório; e 7 a 9, superior. No entanto, uma classificação 4, enquanto satisfatória, é tida como marginal e reflete a necessidade de melhorar o desempenho.

Com base nessas informações, o Mini-CEx destina-se a facilitar a avaliação formativa de habilidades clínicas básicas, e pode ser adotado na rotina acadêmica considerando qualquer configuração.

Diante do exposto, pretendeu-se relatar a elaboração de um instrumento avaliativo baseado no Mini-CEx a ser utilizado no estágio de cirurgia de alunos do internato de medicina de uma universidade do nordeste brasileiro e examinar a aplicação desse instrumento, captando-se as informações de professores e alunos contidas nesse instrumento.

2 METODOLOGIA

A partir de instrumentos avaliativos utilizados em serviços de cirurgia de países como Austrália e Estados Unidos, foi realizada a construção de um Mini-CEx para ser utilizado no internato de cirurgia, buscando-se aplicabilidade e reprodutibilidade aliadas à praticidade e à incorporação à rotina do serviço. O modelo foi idealizado com a base em encontros semanais entre professores que iriam aplicar o instrumento. Desses encontros, surgiu a primeira versão, a qual contava com 10 (dez) itens a serem avaliados e duas páginas. Após 2 (dois) meses de encontros, a última versão foi consolidada e intitulada de Mini-Ex cirurgia (Apêndice 1).

O Mini-Ex cirurgia aborda oito competências dos estudantes:

1. Habilidades na entrevista (como é coletada a história clínica da doença atual, comorbidades, hábitos, medicações em uso, história de doenças e tratamentos prévios);
2. Habilidades no exame físico (exame clínico semiológico, execução de manobras semiológicas, abordagem do paciente e/ou acompanhante para execução do exame);
3. Habilidades de comunicação (adequação de linguagem, empatia, explicação clara e consistente, coerência para o paciente e/ou acompanhante);
4. Segurança do paciente (uso de equipamentos de proteção individual - EPIs - quando necessário, lavagem das mãos, termos de consentimento, seguindo a RDC no 36/2013 da ANVISA sobre o desenvolvimento de cultura de segurança);
5. Raciocínio clínico (a partir dos dados obtidos da história e do exame físico, formular hipótese(s) diagnóstica(s) adequadas para o caso);
6. Planejamento e conduta específica (de acordo com a(s) hipótese(s) diagnóstica(s) formulada(s), indicar os exames complementares e tratamento definitivo);
7. Suporte clínico (enquanto se aguardam exames e o tratamento definitivo, indicar tratamento de suporte ou paliativo, por exemplo, hidratação venosa, analgesia);

8. Organização (refere-se a como o aluno dará seguimento ao tratamento proposto, descrevendo ao paciente e/ou acompanhante uma via clara e factível).

Para cada quesito do MINI-Ex, é atribuída uma pontuação, a qual vai de 0 a 9, seguindo a escala de gradação abaixo:

Quadro 1 - Associação entre pontuação e conceito no Mini-Ex cirurgia.

Pontuação	Conceito
1 a 3	Insatisfatório
4 a 6	Satisfatório
7 a 9	Superior

Fonte: Autores.

Além da pontuação atribuída, o avaliador deve registrar o tempo de realização da observação e do *feedback* com o aluno, assim como a satisfação com a avaliação tanto para o docente quanto para o discente, pontuando de 1 a 9, em que 1 é considerado baixo e 9 é considerado alto.

Outro fator importante abordado na construção do instrumento foi a possibilidade de se registrar os comentários relevantes identificados para o avaliador e o interno.

O Mini-Ex cirurgia foi idealizado para ser de rápida aplicação e sua praticidade envolve a possibilidade de ser colocado no bolso ao ser dobrado, pois é impresso em forma de livreto. Na capa, ele traz os dados institucionais e um cabeçalho contendo dados do aluno, como nome, matrícula e semestre, e do caso a ser avaliado como:

1. Caso clínico: um título para o caso abordado;
2. Local de realização: se na enfermaria ou no ambulatório, por exemplo;
3. *Status* do caso: se é um caso novo ou seguimento/retorno;
4. Complexidade: se baixa, moderada ou alta (conforme impressão do avaliador);
5. Foco da abordagem: se foi no diagnóstico, no tratamento, na coleta da história (conforme impressão do avaliador).

No verso do instrumento, na última página, há espaço reservado para assinatura do avaliador e do interno, além das devidas referências. Após a construção do Mini-Ex cirurgia, procedeu-se à aplicação com os alunos, que estavam realizando o internato de cirurgia em dois hospitais vinculados à instituição de ensino superior.

O primeiro, o Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara (HGWA), é gerido por uma organização social de saúde, o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), a partir de recursos da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), prestando assistência na área de cirurgia geral, através de atendimento ambulatorial, cirurgias eletivas e internações em enfermaria, bem como atendendo às demandas internas das demais unidades de internação do HGWA.

O segundo, o Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), é uma unidade hospitalar de nível terciário, pertencente à rede própria da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), sendo referência para tratamento de afecções pediátricas no estado do Ceará, realizando atendimentos clínicos e cirúrgicos em caráter eletivo e emergencial.

3 RESULTADOS

A fase de elaboração do Mini-Ex cirurgia contou com a participação de cinco docentes. A idade média dos docentes é de 38 anos, compreendendo a idade mínima de 34 e a máxima de 42 anos.

Todos os docentes são especialistas e possuem residência médica com área de concentração em cirurgia. Um dos docentes do grupo possui mestrado e um possui doutorado. Em relação ao tempo de exercício de Medicina, o tempo médio foi de 13,6 anos, com o máximo de 18 anos e mínimo de 10 anos. O tempo médio de docência é de 3,92 anos, com o máximo de 8 anos e o mínimo de 1,6 anos. Nenhum dos docentes do grupo exerce a docência exclusivamente, realizando outra atividade profissional ligada à sua especialidade cirúrgica.

Os 5 (cinco) docentes referiram exercer a atividade de docência nos seguintes ambientes: enfermaria, centro cirúrgico e sala de aula; e três professores informaram também exercer atividades de docência na sala de aula. Apenas um dos professores referiu ter vínculo de docência com outra Instituição de Ensino Superior.

Os alunos avaliados pelo Mini-Ex cirurgia estão entre o 9º e o 12º semestres do curso de Medicina, no período denominado internato, no rodízio referente à cirurgia, emergência e trauma.

Foram aplicados 12 (doze) instrumentos nos meses de fevereiro e março de 2015, sendo 10 (dez) realizados no HGWA e 2 (dois) no HIAS. Dentre os 5 (cinco) professores que participaram da elaboração do instrumento, 4 (quatro) participaram dessa fase de aplicação. A enfermaria (ala de inter-

nação) foi o local onde mais foram realizados os Mini-Ex cirurgia, 7 (sete) no total, seguido do ambulatório com 3 (três) aplicações e 2 (dois) na emergência. Estes dois últimos casos referiram-se a pacientes internados nesse setor do hospital e que precisaram de avaliação do plantonista da cirurgia.

Em relação ao foco abordado durante a avaliação, a história clínica da doença atual foi o mais abordado, estando presente em 11 (onze) dos 12 (doze) Mini-Ex aplicados. O foco na orientação dada ao paciente e familiares, por sua vez, foi abordado em 8 (oito) avaliações, seguido do diagnóstico com 7 (sete) abordagens. Finalmente, o foco menos abordado foi o tratamento, estando presente em 4 (quatro) Mini-Ex cirurgia.

O tempo médio de aplicação do instrumento foi de 18,45 minutos, sendo o menor tempo empregado para a avaliação de 10 minutos, e o maior de 45 minutos. Já em relação ao *feedback* com aluno, o tempo médio foi 9,36 minutos, com um tempo máximo de 10 (dez) minutos e um tempo mínimo de 3 (três) minutos. Em um dos Mini-Ex cirurgia, não havia registro do tempo de aplicação e do *feedback* com aluno.

O conceito mais adotado para o desempenho dos alunos foi o de superior, presente em 10 (dez) dos 12 (doze) Mini-Ex cirurgia. O outro conceito presente foi o satisfatório. O conceito dos alunos, a complexidade do caso, o tipo de caso e o setor da unidade hospitalar onde foi realizado o Mini-Ex cirurgia estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Relação do conceito do aluno, setor do hospital, complexidade e tipo do caso.

CONCEITO DO ALUNO	SETOR DO HOSPITAL	COMPLEXIDADE DO CASO	TIPO DO CASO
Superior	Ambulatório	Sem registro	Seguimento
Superior	Enfermaria	Alta	Seguimento
Superior	Enfermaria	Moderada	Novo
Superior	Enfermaria	Moderada	Sem registro
Superior	Enfermaria	Moderada	Novo
Superior	Enfermaria	Moderada	Novo
Superior	Enfermaria	Moderada	Novo
Superior	Enfermaria	Alta	Seguimento
Superior	Ambulatório	Moderada	Seguimento
Superior	Ambulatório	Alta	Seguimento
Satisfatório	Emergência	Baixa	Novo
Satisfatório	Emergência	Moderada	Novo

Fonte: Autores.

Os docentes e discentes obtiveram um alto nível de satisfação com a realização do Mini-Ex cirurgia. Em ambos os grupos, a moda foi a nota 8. No grupo dos docentes, um dos Mini-Ex não possuía registro da nota de satisfação do docente, enquanto que, entre os discentes, essa ausência foi observada em 3 (três) Mini-Ex.

De maneira associativa, o mesmo Mini-Ex cirurgia que não possuía a nota de satisfação do docente, também não apresentava registro da nota de satisfação do aluno. Entretanto, nesse Mini-Ex cirurgia, havia comentário apenas do aluno, referindo-se ao Mini-ex cirurgia como:

“Inovador, melhorou a inibição, boa interação com o avaliador” (Discente 1).

No espaço destinado a comentários, 6 (seis) Mini-Ex cirurgia não apresentavam registro de comentário do professor, contra 4 (quatro) sem registro de comentário dos alunos. A seguir, transcrevem-se alguns dos comentários dos professores:

“Estimula o interesse do interno com a semiologia cirúrgica” (Docente 1).

“Estudante pragmática e objetiva.” (Docente 2).

“Caso complexo, IAM pós CPRE, demonstrou boa relação com familiar e paciente, conhecimento de suporte clínico.” (Docente 3)

“Caso complexo para o diagnóstico (HNF) e orientações.” (Docente 4)

“Acrescentar exame físico no foco.” (Docente 5)

No mesmo sentido, alguns comentários dos internos também foram transcritos:

“Sugiro exame físico voltado para a doença, explorar diagnósticos diferenciais, arguição sobre pré e pós-operatório” (Discente 1).

“Discutir mais hipótese e conduta (Discente 2).

“Interessante a abordagem quanto às orientações ao paciente, e ter feito a avaliação sozinho e não em grupo” (Discente 3).

“Associação teórico-prático através do instrumento e me estimulou a estudar as doenças de tratamento cirúrgico, abordou aspectos subjetivos da formação médica” (Discente 4).

“Importante para sedimentação do conhecimento” (Discente 5).

4 DISCUSSÃO

No presente estudo, constatou-se que os docentes possuem experiência em sua área profissional, tanto pelo tempo de exercício da Medicina, quanto pela formação como especialista em área cirúrgica. No entanto, em relação à docência, constituem um grupo jovem e com um tempo de atuação nessa área relativamente baixo quando comparado ao perfil descrito por Megale, Gontijo e Motta (2009), por exemplo.

A realização de mais exames na enfermaria e uma maior concentração em um dos hospitais podem ser decorrentes da associação entre a atividade diária de docência/preceptoria, a qual é realizada na enfermaria e no ambulatório, ao passo que a unidade que realizou mais exames não possui atendimento de emergência/urgência, favorecendo um ambiente menos propenso a alterações cíclicas proporcionadas por uma demanda agendada, ao contrário de um hospital que possui livre fluxo de entrada para casos em caráter de emergência/urgência.

O foco na história clínica parece constituir uma atenção comum ao grupo docente, seguindo o que ensina López (1990, p. 5):

[...] a busca dessas informações (na história clínica) não deve se restringir à doença ou à moléstia que no momento o acomete (o paciente) e sim ser mais ampla, pois seu intuito é permitir que o médico alcance um conhecimento integral do paciente, que inclui aspectos físicos e psíquicos.

Seguindo essa linha de abordagem, observa-se uma preocupação com a integralidade da assistência quando há um foco na orientação, permitindo aos pacientes e familiares tornarem-se sujeitos e não objetos do cuidado, dando também a devida atenção ao diagnóstico.

O tratamento cirúrgico foi menos solicitado pelos docentes avaliadores, trazendo uma provável perspectiva voltada ao médico generalista, seguindo as atuais diretrizes de ensino médico do Brasil, uma vez que a cirurgia é uma área específica de atuação da medicina (BRASIL, 2013).

O tempo de aplicação do Mini-Ex cirurgia está em acordo com o preconizado por Norcini (1995), entretanto um dos exames ultrapassou o tempo limite previsto para um instrumento avaliativo dessa natureza. Ao fazer uma leitura dos comentários, um dos professores considera um diagnóstico difícil – hiperplasia nodular focal (HNF) – e o refere ser também difícil para orientar o paciente, lançando um olhar crítico sobre a seleção do caso e um desempenho exitoso do aluno, mediante um caso considerado como de alta complexidade.

O espaço destinado aos comentários dos alunos e o tempo de *feedback*, embora ainda possua alguns sem registro, parece ter sido bem explorado pelos docentes e discentes, demonstrando uma empolgação com o método e o reconhecendo como mais uma ferramenta de aprendizado do ensino médico, não só profissional, mas também da parte humana e ética (MEGALE; GONTIJO; MOTTA, 2009).

A adoção de conceitos, em vez de uma pontuação para a nota, parece facilitar a relação examinador/examinado, como se vê nos relatos, bem como na associação entre o

conceito dos alunos e o grau de complexidade dos casos, na qual se observa um conceito superior predominante, mesmo em casos de alta complexidade.

Finalmente, a nítida satisfação tanto por parte dos docentes quanto dos discentes representa a fidelidade desse instrumento, bem como sua compreensão como um instrumento avaliativo adequado de competências no ensino médico (MEGALE; GONTIJO; MOTTA, 2009).

5 CONCLUSÃO

A experiência inicial desse grupo de professores aponta para um futuro promissor na adoção regular e institucional desse instrumento avaliativo no internato de cirurgia, emergência e trauma da instituição de ensino superior.

REFERÊNCIAS

AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE. Clinical Competence Program Guidelines and Implementation Program Directors. **The Mini-CEX a quality tool in evaluation**. Philadelphia, 2001. Disponível em: <<http://www.abim.org/program-directors-administrators/assessment-tools/mini-cex.aspx#guidelines>>. Acesso em: 04 mar. 2015.

BRASIL. Portaria Normativa Nº 15, 22 de julho de 2013. Portaria Normativa de Expansão das Escolas Médicas das Instituições Federais do Ensino Superior (IFES). Brasília, 2013. **Diário Oficial da União**, n. 140, 23 jul. 2013. Seção 1, p. 11.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica processos e resultados**. Londrina: Editora Hucitec, 2002. 306 p.

LANE, J. C. O processo de avaliação. In: _____; ANDREOLLO, N. A.; MANTOVANI, M. (Org.). **O processo de ensino e aprendizagem em medicina**. 2. ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 2000. Cap.17.

LÓPEZ, M. Introdução ao diagnóstico clínico. In _____; Laurentys, J.M. (Org.) **Semiologia médica: As bases do diagnóstico clínico**. Rio de Janeiro. Editora Atheneu, 1990. Cap 1.

MARTINS, M. A.; SILVEIRA, P. S. P.; SILVESTRE, D. **Estudantes de Medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções: projeto avaliação das escolas médicas Brasileiras: relatório I**. São Paulo: USP, 2013. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2015.

MEGALE, L.; GONTIJO, E. D.; MOTTA, J. A. C. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Mini-exercício Clínico Avaliativo (Miniex). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p.166-175, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/02.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2014.

MEGALE, L. *et al.* Percepções e sentimentos de professores de medicina frente à avaliação dos estudantes – um processo solitário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n.1. jan./mar. 2015. Disponível em: < <http://ref.scielo.org/xxzp4s>>. Acesso em: 04 mar. 2015.

NORCINI, J. J. *et al.* The Mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. **Ann Intern Med.**, Philadelphia, v. 123, n. 10, p. 795-9, Nov.1995.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, 2002. 279 p. (Coleção Docência em Formação).

ROMANOWSKI, J. P.; WACHOWICZ, L. A. Avaliação formativa no ensino superior: que resistências manifestam os professores e os alunos? In: ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. (Org.). **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 3. ed. Joinville: Univille, 2004. p. 131-150.

APÊNDICE A – MINI-EX CIRURGIA (VERSÃO FINAL)



Universidade de Fortaleza – UNIFOR
 Centro de Ciências da Saúde
 Curso Medicina
 Internato em Cirurgia
 Miniexercício Clínico Avaliativo (MiniEx)

Aluno: _____
 Matrícula: _____
 Semestre: _____ Data: _____
 Hospital: _____

Caso clínico: _____
 Local: Enfermaria Ambulatório Emergência
 Outro: _____
 Caso: Novo Seguimento
 Complexidade do caso: Baixa Moderada Alta
 Foco (pode ser mais de um): História Diagnóstico
 Tratamento Orientação

1

Nome do avaliador:

Assinatura do avaliador:

Assinatura do interno:

Adaptado a partir de:

- MEGALE, L.; GONTIJO, E. D.; MOTTA, J. A. C. Avaliação de Competência Clínica em Estudantes de Medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (MiniEx). *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.33, n.2, p.166–175, 2009.
- RACS Paediatric Surgery Mini-Clinical Evaluation (Mini-CEX) – Assessment Form.
- Form Royal Australian College Of Surgeons Img-Frm-026.
- Form Royal Australian College Of Surgeons Img-Frm-023.

4

1. Habilidades na entrevista

() Não observada	Insatisfatório	Satisfatório	Superior
	12 3	4 5 6	7 8 9

2. Habilidades no exame físico

() Não observada	Insatisfatório	Satisfatório	Superior
	12 3	4 5 6	7 8 9

3. Habilidades de comunicação (adequação de linguagem, empatia, explicação, clareza, coerência)

() Não observado	Insatisfatório	Satisfatório	Superior
	12 3	4 5 6	7 8 9

4. Segurança do paciente

() Não observado	Insatisfatório	Satisfatório	Superior
	12 3	4 5 6	7 8 9

5. Raciocínio clínico

() Não observado	Insatisfatório	Satisfatório	Superior
	12 3	4 5 6	7 8 9

6. Planejamento e conduta específica

() Não observado	Insatisfatório	Satisfatório	Superior
	12 3	4 5 6	7 8 9

7. Suporte clínico

() Não observado	Insatisfatório	Satisfatório	Superior
	12 3	4 5 6	7 8 9

8. Organização

() Não observada	Insatisfatório	Satisfatório	Superior
	12 3	4 5 6	7 8 9

2

Tempo MiniEx:

Observação: _____ min feedback: _____ min

Avaliação de satisfação com o MiniEx:

Avaliador: Baixo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Alto

Interno: Baixo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Alto

Comentários do avaliador:

Comentários do interno:

3

VI. MUDANÇAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: O PAPEL DAS METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO-APRENDIZAGEM

Lídia Andrade Lourinho, Christina Cesar Praça Brasil, Daniele de Araújo Oliveira Carlos, Claudio Moreira, Ana Maria Fontenelle Catrib

1 A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Historicamente, a formação profissional em saúde tem sido permeada por um sistema educacional com foco no professor, apoiado nas metodologias bancárias e com o currículo baseado em disciplinas, o que evidencia a fragmentação e a especialização do conhecimento. Tais características apontam para a perspectiva educacional classificada por Saviani (2007,2008) como pedagogia tradicional. De acordo com Moretti-Pires (2009), esse modelo tem otimizado a divisão técnica e social do trabalho em saúde.

A educação com base na pedagogia tradicional foi o pilar para a institucionalização dos sistemas nacionais de ensino organizados em países como a França, a Inglaterra e a Alemanha, desde a metade do século XIX, e que iluminou o princípio da educação como direito de cidadania e dever do Estado. Esse modelo é fundamentado pelo pressuposto de que a educação é uma prática salvadora da ignorância. Sendo assim, a escola aparece como um instrumento para solucionar o problema da marginalidade, intencionando tornar públicas a instrução e a transmissão dos conhecimentos acumulados e sistematizados pela humanidade (SAVIANI, 2007, 2008).

Segundo o autor supracitado, a partir do século XX, a escola tradicional começou a demonstrar desajustes no que diz respeito à universalização do ensino e à continuidade do projeto da democracia burguesa. Então, a partir daí, eclodiu o paradigma reformista da pedagogia nova, conhecida como movimento escolanovista, tendo como pressuposto principal que a educação deve redimir as pessoas da rejeição. Portanto, o processo de ensino-aprendizagem deve estar centrado no aluno (e não no professor como prega a pedagogia tradicional) e na utilização de metodologias ativas com ênfase no exercício de estimular o “aprender a aprender” (DEWEY, 1970; PENAFORTE, 2001; SAVIANI, 2007, 2008).

A crítica à pedagogia tradicional e a necessidade de estruturação de um novo modelo de ensino aconteceram nas diferentes áreas do conhecimento em vários países. No que concerne ao setor da saúde, as críticas à hegemonia da escola tradicional e do modelo que fundamentava a medicina científica tiveram como referência a realização e a publicação do relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, que denuncia a incongruência na formação de recursos humanos, tanto em nível técnico quanto nos aspectos éticos e de consciência social (CAMPOS, 2008; BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Conforme Campos (2008), independentemente da discussão sobre o trabalho e a educação em saúde estar presente no relatório da VIII CNS, esse ponto foi pouco desenvolvido pela Reforma Sanitária.

De acordo com Ramos (2010), o relatório não alega nenhum fundamento pedagógico necessário à formação técnica, ética e política dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), ordenado pelos princípios e dire-

trizes da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social.

Essa falta de fundamento teórico vem sendo preenchida desde o início da década de 1990 por iniciativas pautadas em uma síntese epistemológica constituída por orientações escolanovistas (pedagogia nova), por componentes da pedagogia de Paulo Freire e, de maneira velada, pelos pressupostos e métodos da pedagogia das competências.

Por intermédio do movimento da Reforma Sanitária brasileira, ao longo dos anos 80, a formulação do SUS na Constituição de 1988 e sua implantação nas duas últimas décadas, o sistema de saúde no Brasil aportou no século XXI, organizado com base na promoção e na vigilância à saúde. Neste contexto, profissionais de saúde e população passam a ser vistos como sujeitos ativos do processo. A doença não é mais o foco de observação e atuação, voltando-se para o modo de vida das pessoas e as condições de trabalho dos indivíduos e dos grupos sociais, contabilizando as suas repercussões no processo saúde-doença (CHIESA *et al.*, 2007).

Para que os princípios e diretrizes do SUS possam ser operacionalizados em um novo modelo assistencial com base na promoção da saúde, solicitam-se novos perfis profissionais. Diversas propostas de mudanças na formação em saúde no Brasil vêm sendo discutidas desde o final da década de 1980, com a afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa discussão ganhou relevância especial quando o Ministério da Saúde (MS) chamou para si a responsabilidade de (re)orientar a formação dos profissionais da saúde para responder às necessidades do SUS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O maior desafio da formação em saúde na contemporaneidade se encontra na perspectiva de se desenvolver a autonomia individual em relação ao coletivo. A educação deve ser hábil o suficiente para desenvolver no discente uma visão do todo, com base na interdependência, na integralidade e na transdisciplinaridade, e também possibilitar a construção de redes que produzam mudanças sociais, e consequentemente o aumento da consciência individual e coletiva.

Assim, a sua benemerência está, justamente, na progressiva busca de métodos inovadores, que concebam uma prática pedagógica, ética, reflexiva, crítica, transformadora, libertadora, que consiga ir além dos limites do treinamento puramente técnico, da repetição de modelos já consagrados como corretos, para efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico-social-cultural, arrolado numa dialética da ação-reflexão-ação (MITRE *et al.*, 2008, 2012).

Assim, o presente texto tem como objetivo discutir as principais transformações metodológicas no processo de formação dos profissionais de saúde, com ênfase na análise das metodologias ativas e significativas de ensino-aprendizagem.

2 METODOLOGIA

As aceleradas transformações que ocorrem nas sociedades contemporâneas têm posto em questão, de forma bastante incisiva, os aspectos relativos à formação profissional. Esta discussão adquiriu contextos próprios no trabalho em saúde, uma vez que a contínua associação entre teoria e prática, o desenvolvimento de uma visão integral do homem e a ampliação do conceito de saúde e da concepção de cuidado conquistaram relevância para o adequado desempenho laboral.

Todo bom processo de pesquisa tem como parte importante a revisão da literatura, sendo a parte que envolve buscar, analisar, sintetizar e interpretar a investigação prévia em revistas científicas, livros, atas de congressos, resumos, entre outras, que são relacionadas com a área de estudo em discussão, sendo então uma análise bibliográfica pormenorizada, referente aos trabalhos já publicados sobre o tema (BENTO, 2012). As principais fontes consultadas para a elaboração da revisão de literatura foram artigos em periódicos científicos, livros, teses e dissertações.

De acordo com Cardoso, Alarcão e Celorico (2010), a revisão da literatura é imprescindível na definição do problema, mas principalmente na obtenção de uma visão mais precisa sobre a realidade dos conhecimentos e informações sobre um determinado tema, seus limites e suas possibilidades e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento.

3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS DAS METODOLOGIAS ATIVAS

A formação do profissional de saúde, historicamente, tem sido conduzida pelo uso de metodologias conservadoras, tradicionais, tecnicistas sob a dominação hegemônica do mecanicismo cartesiano, fragmentado e reducionista. No ensino-aprendizagem na área da saúde, predominaram as dicotomias entre corpo e mente, razão e emoção, ciência e ética, indivíduo e coletivo, dividindo o conhecimento em campos especializados e distintos, na procura constante do aperfeiçoamento da eficiência técnica. Essa fragmentação do saber que contaminou o processo ensino-aprendizagem

tem limitado um rico e complexo procedimento a uma simples reprodução do conhecimento, onde o docente assume o papel de mero transmissor de conteúdos, ao passo que os discentes assumem o papel de meros receptores passivos que retêm e repetem, sem pensar tais conteúdos, tornando-se meros expectadores, sem a necessidade da crítica ou da reflexão(FREIRE, 1999, 2006; FEUERWERKER; SENA, 2002; FEUERWERKER, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CAPRA, 2006).

Nesse tipo de método clássico, diversos problemas chamaram a atenção, quais sejam: um currículo fragmentado; a falta de integração entre as disciplinas; a excessiva autonomia do docente frente ao discente; as avaliações que são frequentes, normalmente limitadas à esfera cognitiva, planejadas e coordenadas apenas pelo docente, segundo seus próprios critérios. Tudo isso, muitas vezes, exige esforço sem propósito por parte do aluno, que resulta na prática de estratégias pedagógicas por vezes excludentes, gerando sérios problemas de aprendizagem ou mesmo resistências descabidas (DEWEY, 1970; DEMO, 2004; FREIRE, 2006; SAVIANI, 2007, 2008).

Com o intuito de controlar ou mesmo sanar tais problemas, desde a década de 50, têm sido propostos currículos alternativos, normalmente sem muito sucesso e com períodos de permanência reduzidos. Só a partir dos anos 70, com a contribuição da psicologia da aprendizagem através dos postulados de autores como Piaget, Vygotsky, Wallon, Paulo Freire, Dewey, entre outros, foi que se percebeu, na educação do adulto, a importância da participação ativa do discente para a incorporação efetiva do conhecimento. Hoje, existe um consenso entre os educadores de que o apren-

dizado deve ser centrado no aluno, e que este deve estar exposto constantemente a situações motivadoras por meio das aprendizagens significativas (MITRE *et al.*, 2008, 2012).

Torna-se essencial pensar uma metodologia que permita uma prática educativa libertadora na formação de um profissional ativo e apto a aprender a aprender. Segundo Fernandes *et al.* (2003), o aprender a aprender na formação do profissional de saúde deve compreender o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser, garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade.

É nesse contexto de mudanças que surgem as metodologias ativas, alicerçadas no princípio de autonomia de Paulo Freire (2006). O reconhecimento da autonomia do discente vem associado ao processo de ensino-aprendizagem que pressupõe o respeito à bagagem cultural do aluno, bem como seus saberes construídos no contexto social.

As metodologias ativas solicitam a revisão de estratégias e papéis. A atividade desenvolvida com o intuito de ensinar deve ser contemplada por todos os que dela participam. É uma aprendizagem que incentiva a autoiniciativa, a autonomia, abarcando as dimensões psicomotoras, afetivas e cognitivas, garantindo a consolidação e a permanência do aprendizado. O ato de aprender deve ser, por conseguinte, um processo reconstrutivo que provoca ressignificações e reconstruções e que possa ser utilizado em diferentes situações (ALVES, 2003; DEMO, 2004).

De acordo com Coll (2000), existem duas condições fundamentais para a construção da aprendizagem significativa, a existência de um conteúdo com sentido e lógica e a

adoção de uma postura favorável à aprendizagem, ou seja, o discente deve assumir uma postura ativa e participativa frente ao aprendizado. A aprendizagem significativa se estrutura em movimento de continuidade e ruptura, conduzindo o aprendiz a uma reflexão contínua. As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem com o objetivo de motivar o discente (DEWEY, 1970; FREIRE, 2006; SAVIANI, 2008).

Segundo Berbel (1998, 2012), na problematização, o sujeito atravessa algumas etapas, e nesse processo ele terá a oportunidade de refletir sobre uma determinada realidade, exercitando assim a sua práxis. No entanto, para que isso seja possível, é essencial superar a concepção bancária do ensino, na qual um deposita conteúdos no outro, e este apenas memoriza. A prática da educação libertadora é uma prática política, reflexiva e capaz de produzir uma nova lógica na compreensão de mundo, uma lógica crítica, criativa, responsável e comprometida.

Para Zanolli (2004), que discute a problematização em Dewey, Saviani e Freire, deve-se enfatizar o sujeito ativo, por meio de uma situação autêntica de experiência, com propósitos bem definidos e interessantes, para que haja a estimulação do pensamento crítico.

Consoante com o propósito de Feuerwerker (2004), ao estabelecer posturas mais democráticas entre docentes e discentes, o estudante precisa assumir o seu papel ativo e participativo, e o docente, que é denominado de tutor, precisa desenvolver novas habilidades, atuando como um facilitador, com disposição de escuta e acreditar no potencial do discente.

No que diz respeito à avaliação, nas metodologias ativas, ela precisa ser processual e formativa, deve possibilitar a inclusão, a construção da autonomia, o diálogo e as reflexões coletivas, na busca de respostas e caminhos para os problemas identificados. Não pune, nem estigmatiza. Os registros de aula, a autoavaliação, a observação e o diálogo têm sido usados como estratégias norteadoras desse processo (VASCONCELLOS, 1998).

Outra faceta da metodologia ativa é a melhor articulação entre ensino, serviço e comunidade, visto que possibilita uma leitura e, posteriormente, uma intervenção consistente sobre a realidade, reconhece o valor de todos os atores envolvidos no processo de construção coletiva e seus diferentes conhecimentos.

4 OS INSTRUMENTOS DE MUDANÇA

Nesse sentido, dois instrumentos vêm sendo reconhecidos como ativadores das mudanças na formação e também integração ensino, serviço e comunidade: o ensino pela problematização e a organização curricular em torno da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).

A metodologia da problematização ou ensino baseado na investigação teve início na década de 80, na Universidade do Havaí, como argumento metodológico que pretendia um currículo guiado por problemas. Fundamenta-se nos pressupostos da pedagogia libertadora de Paulo Freire, nos princípios do materialismo histórico-dialético e no construtivismo de Piaget (BERBEL, 1998, 2012). Tem como objetivo maior o aumento da capacidade do discente em participar como agente de transformação social, durante a detecção

de problemas reais e da busca de soluções originais para a resolução dos problemas (MITRE *et al.*, 2008).

Bordenave e Pereira (2005) utilizaram o diagrama denominado método do arco de Charles Maguerez, para representar o método de ensino pela problematização. O arco é constituído pelos seguintes movimentos:

- a) Observação da realidade concreta: o aluno efetiva uma leitura sincrética da realidade.
- b) Pontos-chave: o aluno realiza um estudo mais cuidadoso, por meio da análise reflexiva, seleciona o que é mais relevante e elabora os pontos-chave que devem ser abordados.
- c) Teorização: na teorização ou investigação propriamente dita, as informações serão analisadas e avaliadas na adequação da resolução do problema.
- d) Hipóteses de solução: há o confronto da teoria com a realidade observada e o aluno formula hipóteses de solução para o problema em estudo.
- e) Aplicação na realidade: o estudante executa as soluções que o grupo encontrou como sendo viáveis para resolver o problema.

Figura 1 – Arco de Maguerz.


Fonte: Berbel (2012).

Para Berbel (1998), a problematização é um conjunto de ações sistematizadas (arco de Charles Maguerz), que objetivam analisar uma determinada realidade. A primeira ação é a de observar a realidade, depois refletir sobre ela, teorizar e, em seguida, construir hipóteses para solucionar os problemas e, por último, intervir.

Ao concluir o Arco de Maguerz, o estudante tem a oportunidade de exercitar a dialética de ação-reflexão-ação. Importante ressaltar que após o estudo de um problema novos desdobramentos podem surgir, requerendo a interdisciplinaridade para a sua solução, o desenvolvimento do pensamento crítico e também a responsabilidade do estudante pela aprendizagem (CYRINO, TORALLES-PEREIRA, 2004).

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) é uma proposta pedagógica que começou a ser desenvolvida na década de 60 e foi primeiramente instituída na faculdade de medicina de McMaster, no Canadá, e posteriormente na

Holanda. No Brasil, as instituições pioneiras na implantação dessa modalidade de estrutura curricular foram a faculdade de Medicina de Marília – São Paulo, o curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina - Paraná e também a Escola de Saúde Pública do Ceará (MITRE *et al.*, 2008).

A APB é uma proposta centrada no aluno, permitindo que este se torne autônomo. Tem como características principais: a organização temática; a integração interdisciplinar; a integração teoria e prática, enfatizando o desenvolvimento cognitivo; a aprendizagem significativa; a indissociabilidade entre teoria e prática; o respeito à autonomia do aluno; o trabalho em grupo; a educação permanente; e a avaliação formativa. Tem sua origem conceitual nos postulados de Dewey e Bruner e como princípio o confronto dos estudantes com os problemas planejados e a busca de soluções por meio das discussões grupais. A ABP se inscreve numa perspectiva construtivista, relacionando os postulados de Piaget sobre equilíbrio e desequilíbrio cognitivo. Nesta abordagem, parte-se de um problema ou situação problema que tem como objetivo gerar dúvidas, desequilíbrios ou perturbações intelectuais para incentivar as reflexões necessárias para a busca de soluções criativas (DEWEY, 1970; PIAGET, 1976; ALMEIDA; BATISTA, 2013).

A ABP contempla fundamentos e procedimentos subsidiados pelas teorias construtivistas. Portanto, concebe possibilidades de se trabalhar concomitantemente conceitos, habilidades e atitudes nas atividades dentro e fora da sala de aula (PENAFORTE, 2001; MITRE *et al.*, 2012; ALMEIDA; BATISTA, 2013).

Estimula no aluno a sua participação, uma atitude ativa em busca do conhecimento e não simplesmente infor-

mativa, como ocorre no caso de metodologias clássicas da pedagogia tradicional. Sua proposta pedagógica sustenta-se no currículo, que é dividido em blocos temáticos. Cada bloco é subdividido em diversos temas e cada um deve dar conta de uma parte do conteúdo proposto, utilizando um problema que levará em consideração os conhecimentos prévios do discente. Assim, entende competência profissional como a capacidade de fazer julgamentos, identificar os problemas mais importantes e buscar soluções (PENAFORTE, 2001; MITRE *et al.*, 2012; ALMEIDA; BATISTA, 2013).

Conforme Sakai e Lima (1996), o ABP é o eixo principal do aprendizado teórico do currículo de algumas instituições de medicina e agora de outros cursos da área da saúde. É uma metodologia formativa à medida que estimula uma atitude ativa do aluno em busca do conhecimento. A construção de um problema, segundo a orientação da Faculdade da Holanda, deve respaldar-se numa descrição imparcial do fenômeno para o qual se deseja uma explicação no grupo tutorial; deve ser elaborado em termos concisos, eximido de distrações ou “pegadinhas”, dirigido ao aprendizado de um número limitado de itens, exigindo do aluno não mais que 16 horas de estudo independente para que seja completamente entendido de um ponto de vista científico.

Na ABP, o grupo tutorial apoia os estudos e, dentre os alunos, um será o coordenador e o outro o secretário. A discussão do problema acontece em duas fases. Na primeira fase, o problema é apresentado aos alunos que irão elaborar os objetivos de aprendizagem. Na segunda fase, há o estudo individual, no qual os alunos rediscutem o problema com base nos novos conhecimentos adquiridos. São diversas as formas de avaliação dentro do currículo baseado em proble-

mas. Podem ser previstas avaliações por módulos, progressivas, das habilidades, informais, observacionais, formativas. Importante lembrar que para o gerenciamento da ABP são necessárias várias comissões, entre elas, a comissão diretora de currículo, de avaliação e de proposição de problemas (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004; MITRE *et al.*; 2008; 2012; ALMEIDA; BATISTA, 2013;).

Não podemos esquecer que mesmo com novos elementos tecnológicos no ensino não há garantias de quebra dos velhos paradigmas. Estes mesmos, já desgastados e bastante criticados, insistem em permanecer inseridos nas práticas de diversos docentes. É preciso, antes de tudo, a transformação de antigas concepções inerentes ao processo ensino-aprendizagem, com o intuito de ressignificá-las em uma perspectiva emancipadora e crítica da educação. O importante é que independentemente da opção e da adoção de um desses instrumentos, o currículo deve ser considerado de maneira integrada, numa perspectiva interdisciplinar.

Nessa dimensão, pôr em movimento as mudanças profundas e necessárias no processo ensino-aprendizagem na formação profissional de saúde significa deslocar o eixo que hoje sustenta a relação entre docente e discente, incentivar a interdisciplinaridade, o compartilhamento e, por fim, construir vínculos mais intensos entre a universidade e a comunidade. Também pressupõe modificações na estrutura organizativa e física das instituições de ensino superior, que precisam construir espaços dialógicos de debate e negociação permanente de concepções e representações da realidade, nos quais o conhecimento pode ser compartilhado (FEUEWERKER; SENA, 2002; FEUEWERKER, 2004).

5 CONCLUSÃO

Uma educação que aconteça por meio da imposição e da determinação age como um instrumento de propagação da exclusão e da desigualdade, que se mantém neutra frente aos desafios impostos pela sociedade, que não contempla a realidade e incorpora apenas a dimensão técnica alicerçada nos princípios de umaciência que supostamente se diz imparcial, mas que, no entanto, só tem servido aos interesses de pequenos grupos que buscam a opressão e o domínio dos conteúdos, que se assumem como detentores do saber e únicos donos do conhecimento (FREIRE, 1987; FOUCAULT, 1977; 2003, GOMES, 2006; MITRE *et al.*, 2008; 2012).

A educação que pretendemos alcançar deve ser uma ação coletiva, comprometida, responsável, um ato de amor e de solidariedade, uma atitude nobre, uma tarefa que advém da troca entre pessoas e que possibilita o desenvolvimento de todos os envolvidos, portanto, não pode ser resultado de um simples depósito de conhecimentos, de uma simples troca de informações, ou mesmo de uma cópia de modelos consagrados como verdades absolutas e, por isso não pode acontecer de forma neutra e por meio de fingimentos ou *fa-z-de-conta* no ensino (FREIRE, 1987; 1999; 2006).

A argumentação que sustenta a proposta de uma prática pedagógica inovadora é a porta de entrada para o desconhecido, o obscuro, representando, na maioria das vezes, uma ameaça ao já conquistado, o familiar, já celebrado. Mas o que se sabe é que o desconhecido abre uma passagem para novos horizontes, possibilitando a mudança, a transformação.

A discussão em torno da necessária e urgente transformação é a *pedra basilar* de todo o processo, que tem pilares estruturais: a exigência de uma reflexão coletiva, a

realização de um diálogo em conjunto, do reconhecimento de novas perspectivas, na busca da conquista da associação antes renegada, entre corpo e mente, teoria e prática, ensino e aprendizagem, razão e emoção, competência e prazer. É apenas através de uma prática reflexiva, crítica e comprometida, que se pode fomentar a autonomia, a independência, a liberdade, o diálogo e a resiliência diante dos conflitos.

Mesmo que muitos chamem de utópico o investimento e a acreditação numa prática pedagógica democrática ancorada nos princípios da liberdade/autonomia, da igualdade/equidade e da fraternidade/compaixão, seria ingênuo ou mesmo sem propósito não repensar o processo de reconstrução da formação humana, a começar pelo reconhecimento da dinâmica de mundo, do homem como um ser pensante e da inter-relação entre aprendizagem e desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. J. **Diretrizes curriculares para os cursos universitários na área de saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

ALMEIDA, E. G.; BATISTA, N. A. Desempenho docente não contexto PBL: essência parágrafo aprendizagem e formação médica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 192-201, abr./jun. 2013. Disponível em: < <http://ref.scielo.org/dzny7g> >. Acesso em: 06 set. 2013.

ALVES, R. **Conversas sobre educação**. Campinas: Verus, 2003. 130 p.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otilia Simões Janeiro. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, out./dez. 2011.

BENTO, A. Como fazer uma revisão da literatura: considerações teóricas e práticas. **JA: Revista da Associação Académica da Universidade da Madeira**, Funchal, ano 7, n. 65, p. 43-45, maio 2012. Disponível em: <http://aauma.uma.pt/index.php /documentos/doc_view/1071-edicao-n-65-do-ja>. Acesso em: 06 set. 2013.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos. **Interface: Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 2, n. 2, p.139-154, fev. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08> >. Acesso em: 06 set. 2013.

_____. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2012.

BEHRENS, M. A. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. Petrópolis: Vozes, 2005. 117 p.

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. **A estratégia de ensino aprendizagem**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. 310 p.

CAMPOS, Gastão W. S. Contracapa. In: MATTA, Gustavo C.; LIMA, Júlio C. F. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; EPSJV, 2008.

CAPRA, F. **O ponto da mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. Cultrix: São Paulo, 2006. 447 p.

CARDOSO, T.; ALARCÃO, I.; CELORICO, J. A. **Revisão da literatura e sistematização do conhecimento**. Porto: Porto Editora, 2010. 80 p. (Coleção Nova Cidine, 3).

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1400-1410, set./out. 2004.

CHIESA, Anna Maria *et al.* A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção de saúde. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 236-240, abr./jun. 2007.

COLL, C. **Psicologia e currículo**: uma aproximação psicopedagógica elaboração do currículo escolar. São Paulo: Ática, 2000.

CYRINO, E. G; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.780-788, maio/jun. 2004.

DEMO, P. **Professor do futuro e reconstrução do conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 2004. 111 p. (Coleção Temas Sociais).

_____. **Aprendizagem no Brasil**: ainda muito por fazer. Porto Alegre: Mediação, 2004.

DEWEY, J. **Liberalismo, liberdade e cultura**. São Paulo: Ed. Nacional, 1970.

FERNANDES, J. D. *et al.* Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n.4, p.392-395, jul./ago. 2003. Disponível em: < <http://ref.scielo.org/9mndsx>>. Acesso em: 06 set. 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: MARINS, J. J. N. *et al* (Org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 17-39.

_____ ; SENA, R. R. A contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface**: Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, v. 6, n. 10, p.37-50, fev. 2002. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/gkjddg>>. Acesso em: 06 set. 2013.

FOUCAULT, M. História da sexualidade: a **vontade do saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1977. 1 v. 168 p.

_____. **Estratégia, poder saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 390 p. (Coleção Ditos e escritos, 4).

FREIRE, P. **Educação e mudança**. São Paulo: Paz e Terra, 1999. 79p. (Coleção Educação e Comunicação).

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006. 144 p.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

GOMES, A. P. **Olhando o sistema de avaliação discente com os óculos da mudança**: aprender a ver, aprender a avaliar. 2006. 68f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde)– Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

LUCHESEI, Karen Fontes *et al.* Problemas vocais no trabalho: prevenção na prática docente sob a óptica do professor. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, n.4, p.673-681, out./dez. 2009.

MARÇAL, Cláudia Cossentino Bruck; PERES, Marco Aurélio. Alteração vocal auto-referida em professores: prevalência e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 503-511, jun. 2011.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2133-2144, dez. 2008. Suplemento 2. Disponível em: < <http://ref.scielo.org/bgx53f>>. Acesso em: 06 set. 2013.

_____. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e os novos cenários de prática na formação do profissional de Saúde: integrando ensino-serviço. In: CONGRÉS INTERNACIONAL DE DOCÈNCIA UNIVERSITÀRIA I INNOVACIÓ, 1., 2012, Bellaterra. **Anais eletrônico...** Bellaterra: CIDUI, 2012. Disponível em: < <http://www.cidui.org/revistacidui/index.php/cidui/article/view/210/199>>. Acesso em: 06 set. 2013.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface: comunic., saúde, Educ., Botucatu**, v.13, n.30, p.153-66, jul./set. 2009.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, out./dez. 2010.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de Medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. N. *et al* (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 143-164.

PENAFORTE, J. John Dewey e as raízes filosóficas da aprendizagem baseada em problemas. In: MAMEDE, S. *et al* (Org.). **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 49-78.

PIAGET, J. **A equilibração das estruturas cognitivas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

RAMOS, Marise. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil**: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; UFRJ, 2010. 290 p.

SAKAI, M. H.; LIMA, G.Z. PBL: uma visão geral do método. **Olho Mágico**, Londrina, v. 2, n. 5/6, 1996.

SAVIANI, Demerval. **História das ideias pedagógicas no Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2007. 473 p.

SAVIANI, Demerval. **Pedagogia histórico crítica**: primeiras aproximações. 10 ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2008. DEWEY, J. **Liberalismo, liberdade e cultura**. São Paulo: Nacional, 1970.

SOUZA, Carla Lima de *et al.* Fatores associados a patologias de pre-gas vocais em professores. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 914-921, out. 2011.

VASCONCELLOS, C. S. **Avaliação da aprendizagem**: práticas de mudança. São Paulo: Libertad, 1988.

ZANOLLI, M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: MARINS, J. J. N. *et al* (Org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 40-61.

VII. INDICADORES COLABORATIVOS VISANDO À MELHORIA DA PRÁTICA DOCENTE NA ÁREA DA SAÚDE

Lana Paula Crivelaro Monteiro de Almeida

1 INTRODUÇÃO

Embora os trabalhos colaborativos envolvam uma infinidade de pessoas e áreas nos dias de hoje, esta forma de organização social não é uma invenção contemporânea. Moreira, Jardim e Ziviani (2010) apontam que, ao longo da história, muitos povos se associaram de forma colaborativa com vistas a vencerem dificuldades coletivas ou alcançarem algum objetivo comunitário (mutirões para a construção de casas ou para a realização de festas coletivas, por exemplo). No entanto, se antes estas ideias-forças eram colocadas em prática pontualmente, hoje, elas se apresentam como alternativas no mundo contemporâneo para a ação coletiva no plano político, social, cultural e na dimensão educacional.

É fato que o trabalho colaborativo não depende das tecnologias de informação e comunicação, porém é inegável que este novo canal de comunicação também tenha facilitado as formas de intervenção social. Alguns estudos (SARAIVA; PONTE, 2003; PIMENTA, 2005; MALDANER, 2007) apontam que um dos obstáculos para as mudanças relacionam-se à insegurança pessoal do professor. Quando o professor trabalha com uma determinada orientação curricular há algum tempo, ele a domina e se sente confiante para

resolver qualquer problema que possa surgir. É natural que haja relutância e receio em abandonar a sua base de segurança, o que mostra que a mudança não é apenas um processo cognitivo, mas que envolve também as emoções (DAY, 1999 apud SARAIVA; PONTE, 2003).

Diante das atuais exigências sociais, culturais e tecnológicas, percebe-se que, no panorama educacional, existe a necessidade de mudanças e de novos comportamentos do papel docente. Este, além de atualizar os conhecimentos científicos, de buscar a descoberta de novos materiais e novas metodologias pedagógicas, necessita de espaço para a reflexão sobre o fazer pedagógico por meio de leituras, pesquisas específicas e trocas de experiências (MENDES; MUNFORD, 2005) para que possa desenvolver habilidades e contribuições para o trabalho em equipe.

Reavaliando o papel dos professores que atuam no ensino superior, com vistas a um novo cenário educacional, principalmente no que diz respeito às tecnologias presentes na sociedade contemporânea, o objetivo deste estudo foi levantar indicadores que levam um professor a tornar-se mais colaborativo.

2 METODOLOGIA

Os dados deste estudo foram de cunho qualitativo, visando a uma ampla revisão de literatura, baseando-se em alguns trabalhos experimentais em que o processo colaborativo modificou práticas educacionais, inclusive na área da saúde, além da coleta de dados de um fórum de discussão direcionado para professores inseridos em um curso de especialização na área da saúde, ofertado a distância, por uma

renomada Universidade do Estado de São Paulo, cujo enfoque discutia a utilização de objetos de aprendizagem e didática do ensino superior.

Para auxiliar na análise dos dados extraídos deste fórum de discussões, foi utilizado o *software* NVivo10, facilitando a contagem de eventos ocorridos com maior frequência nas respostas enviadas pelos professores.

3 APRENDIZAGEM COLABORATIVA

Diante das investigações de Dias e Lopes (2003) sobre a aprendizagem colaborativa, entende-se que este modelo de aprendizagem é baseado num modelo de participação dinâmica em relação às atividades e na definição dos objetivos comuns:

Quando as pessoas trabalham colaborativamente numa atividade autêntica, trazem as suas próprias estruturas e perspectivas à atividade. Podem analisar um problema de diferentes prismas e podem negociar e produzir significados e soluções com base na compreensão partilhada (DIAS; LOPES, 2003 p.15).

Gonzales, em sua tese de doutorado, salienta que, na aprendizagem colaborativa, não há hierarquias e divisões de atividades formais. O que rege as discussões rumo à aprendizagem são posturas, como o respeito e a liberdade para expor ideias, comentários e questionamentos. “O indivíduo trabalha de modo personalizado, segundo suas características; ao mesmo tempo, de modo compartilhado, trocando informações e, em grupo, visando objetivos comuns” (GONZALES, 2005, p. 65).

Damiani (2008 apud TORRES; AMARAL, 2001), ao discutir os benefícios do trabalho colaborativo no espaço educativo, pontua que a colaboração, de um lado, engaja as pessoas nas atividades, permitindo que transformem seus conhecimentos e suas habilidades práticas. De outro lado, a colaboração promove um trabalho de caráter interativo, dialógico e argumentativo. O compartilhamento de conhecimentos, experiências, saberes e modelos mentais; e a internalização de normas, hábitos e expectativas são capazes de desenvolver nas pessoas maneiras singulares de conhecer, pensar e decidir sobre aspectos da realidade que a cerca.

A partir do momento em que professores refletem sobre suas práticas, Pimenta aponta que se tornam sujeitos e objetos do processo vivenciado e, ao compartilharem experiências, engajam-se em uma prática pedagógica mais efetiva “em um processo formativo, os professores são capazes de desenvolver habilidades e competências para investigar a própria atividade docente, e daí, então, construir novos saberes” (PIMENTA, 2005, p.102).

Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2010), em estudo realizado na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora com estudantes dos diferentes cursos da área da saúde, avaliaram as percepções dos alunos em relação ao trabalho em equipe e a efetiva colaboração entre eles no desenvolvimento das atividades de um programa integrador, concluindo que este modelo de ensino facilita para o aluno uma aprendizagem compartilhada, levando também a uma melhor assistência ao paciente após a formatura.

Na nova sociedade da informação, da aprendizagem e do conhecimento, o papel mais importante do professor, segundo estudos de Mauri e Ornuvia (2010), é o professor

mediador, o qual proporciona auxílios educacionais ajustados à atividade construtiva do aluno, utilizando também as TIC para executar esta ação. Adotar as tecnologias para uma aprendizagem colaborativa, segundo Varella *et al.* (2002) amplifica e potencializa situações nas quais os professores e alunos pesquisam, discutem, se relacionam e constroem suas trajetórias individuais e coletivas com o conhecimento.

Jones, Dirckinck-Holmfeld e Lindtrom (2005 p. 237) afirmam que “[...] a colaboração não é simplesmente uma preocupação técnica, pedagógica ou pragmática. Colaboração inclui uma dimensão ética em termos de uso e de condições para seu êxito”.

Considerando que a aprendizagem colaborativa está diretamente relacionada às questões de melhoria na qualidade da aprendizagem, este artigo buscou uma ampla referência para conceituar alguns estudos a este respeito.

Valente (1999, p. 43) afirma que em um trabalho colaborativo, o professor deverá “saber desempenhar um papel de desafiador, mantendo vivo o interesse do aluno e incentivando relações sociais, de modo que os alunos possam aprender uns com os outros e saber como trabalhar em grupo”. É evidente que para desempenhar este papel com os alunos, o professor exerça esta postura profissional com seus pares.

Segundo Feldmann (2009), os professores, em seu ambiente de trabalho, lidam com questões de natureza ética, afetiva, política, social, ideológica e cultural. Dessa forma, em colaboração mútua, podem criar possibilidades de recriar conhecimentos necessários à prática, considerando as diversidades e multiculturalidades presentes nos cotidianos educacionais.

Diante da discussão apresentada até aqui, entende-se que efetivas mudanças no comportamento docente significam compartilhar a construção de projetos que transcendam a dimensão individual, tornando-se um processo coletivo, colaborativo.

4 RESULTADOS PRÁTICOS DE ESTUDOS COLABORATIVOS

Ao trabalhar com professores auxiliando-os a desempenhar funções por meio da aprendizagem colaborativa, Barkley, Cross e Major (2005, p. 4) aponta que “é fundamental fazer com que alunos trabalhem juntos em pares ou pequenos grupos a fim de alcançar objetivos comuns de aprendizagem”. No estudo realizado, as autoras levantam algumas vantagens:

O engajamento dos alunos no processo de aprendizagem é mais intenso em relação a métodos mais tradicionais, como aulas, nas quais os alunos participam geralmente como ouvinte;

A interação entre os participantes de um curso é estimulada possibilitando, além da aprendizagem de um determinado conteúdo, também o desenvolvimento de habilidades para trabalhar em grupo, atualmente valorizadas em vários setores da sociedade;

A aprendizagem se desenrola em um contexto social no qual ocorre a comunicação com os outros participantes, permitindo a colocação e a apreciação de diferentes pontos de vista que potencializam o desenvolvimento de habilidades desejáveis em qualquer profissional, tais como saber ouvir atentamente, pensar criticamente, participar construtivamente e colaborar produtivamente para solucionar um determinado problema;

A responsabilidade atribuída ao aluno por sua aprendizagem possibilita também o desenvolvimento de outras habilidades, como autonomia e aprender a aprender, que permitem a continuação do aprimoramento de suas idéias e ações.

Em um estudo referente às características culturais de trabalho em grupo, Fullan e Hargreaves (2000, p. 71) identificam que “a simples existência de colaboração não deve ser confundida com a consumação de uma cultura de colaboração”. Para os autores, alternativas colaborativas não constituem culturas colaborativas, apesar de ambas envolverem trabalhos conjuntos.

A dissertação de mestrado de Martins (2009), relatando a importância da realização de projetos colaborativos realizados com alunos e professores, demonstrou que, na visão do aluno, os projetos colaborativos contribuem para:

- desenvolve os alunos e possibilita aprender de forma diferente;
- melhora a integração entre professores e alunos;
- diminui a timidez de alguns alunos;
- incentiva trabalhos em grupos;
- motiva a união da turma e o espírito de amizade;
- aumenta a responsabilidade dos alunos da turma e a contribuição de outros colegas de trabalho;
- expressa a aprendizagem de forma interessante e prática;
- ressalta e desenvolve os talentos dos alunos;
- conscientiza quanto à importância da escola e do meio de vivência;
- melhora o aprendizado sobre como realizar projetos.

Antecedendo as atividades com projetos colaborativos, Martins (2009) relata que, na unidade escolar estudada, graves problemas de aprendizagem, relacionamento entre aluno/aluno e aluno/professor, vandalismo, evasão escolar, repetência, entre outros problemas tão comuns em escolas públicas brasileiras ocorriam. Outra questão pontuada na pesquisa da autora foi em relação à parte pedagógica da escola, a qual trazia anteriormente um ensino tradicional centralizador e autoritário e não oferecia alternativas para a melhoria da aprendizagem, sendo que os denominados recursos pedagógicos, quando eram utilizados, apenas reforçavam o ato de memorização. Martins (2009) conclui em seu estudo que com a implantação de projetos colaborativos, o desenvolvimento cognitivo fica evidente, quando observa a conscientização dos alunos pela busca de aprendizagem significativa, valorização do espaço escolar e da comunidade.

Ao valorizar o senso crítico do aluno, a sua conscientização, dinamismo, versatilidade, capacidade de atuar diante de situações problemas, a pedagogia de projetos torna o sujeito mais exigente, o que está adequado à contemporaneidade, portanto, a cada novo projeto novos desafios são traçados para os que estão engajados no processo de aprendizagem (MARTINS, 2009).

Oeiras (2005) investigou o (re)design de ferramentas de comunicação síncrona para adequá-las ao contexto de EaD, a fim de possibilitar a colaboração entre os participantes de um curso *online* e como investigação de seu trabalho de doutorado, propôs um programa de capacitação, sendo que, ao longo do processo, foram propostas atividades que buscavam incentivar a colaboração e a troca de experiências entre todos os participantes. O autor estabeleceu algumas

ferramentas síncronas e assíncronas para que as trocas entre os participantes ocorressem, e observou que a interação informal, conversar sobre trivialidades do dia a dia, assuntos variados fora do contexto do curso *on line*, aconteceram com frequência em diversos momentos ao longo do programa de capacitação.

Baseado em literaturas como Bickmore e Cassel (2001), Oieiras (2005) identificou que essa atitude é apontada como uma estratégia importante para o desenvolvimento de qualquer relacionamento colaborativo e que por meio dessas interações pode-se obter informações sobre os indivíduos de um grupo, desenvolvendo um sentimento de confiança entre eles. D. Timms, Ferlander e L. Timms (2001) também apontam experiências em que foi benéfico mudar o foco de atenção de questões puramente ligadas ao contexto de um curso, para aspectos mais simples da boa convivência social, como trocas irrelevantes, humor etc., a fim de promover relações efetivamente colaborativas.

Entende-se que a “falta de tempo” relatada pelos professores durante uma reunião de colegiado, ou até mesmo reuniões semanais de planejamento, não proporcionam a oportunidade para que haja este momento informal entre os professores, e com isso não proporciona o vínculo social e afetivo entre eles para a elaboração de um trabalho espontaneamente colaborativo.

Palloff e Pratt (2005), em seus estudos experimentais, apresentam atividades colaborativas que podem ser elaboradas em cursos virtuais e Barkley *et al.* (2005e) sugerem as ferramentas que julgam adequadas para dar o suporte necessário à aprendizagem colaborativa.

Segundo as análises de Oieiras (2005, p. 168),

[...] nos trabalhos que tentam fazer a ponte entre atividades colaborativas e as respectivas ferramentas que lhes dariam suporte, há ressalvas quanto à boa adaptação dessas atividades ao meio virtual e nota-se que estas ressalvas existem porque ainda é considerada a utilização de ferramentas “tradicionais” para suporte às atividades virtuais.

Nono e Mizukami (2001), em suas investigações relacionadas ao comportamento colaborativo de professores, destacam a importância de compartilhar experiências, justificando que esta troca pode favorecer o desenvolvimento de análise crítica para solucionar problemas e tomar decisões.

A partir do contexto teórico de estudos práticos apresentados até aqui e com base na análise de relatos dos professores da área da saúde dentro de um fórum de discussões, levantaram-se nesta fase do trabalho pressupostos que podem levar um professor a tornar-se colaborativo.

5 LEVANTAMENTO DE INDICADORES COLABORATIVOS

A partir dos referenciais apontados neste artigo e das análises docentes extraídas do fórum de discussões para análise deste estudo, traçaram-se os comentários mais relevantes e latentes no discurso dos professores, os quais deram base ao levantamento dos indicadores colaborativos.

Primeiramente, os comentários dos professores da área da saúde dividiram-se em três eixos norteadores:

- .1 A importância da mudança docente no mundo contemporâneo;
- .2 A importância da colaboração no âmbito educacional;
- .3 A importância da utilização e domínio das tecnologias no âmbito educacional.

A partir desta divisão, levantaram-se os comentários latentes no discurso dos professores sempre comparando a influência destes comentários com base no referencial teórico levantado, os quais deram margem às seguintes análises:

1. Importância da mudança docente no mundo contemporâneo:
 - Encarar novos desafios e mudar a dinâmica da sala de aula - foi possível identificar que os professores apontam a necessidade de mudanças no sentido de construir novas estratégias, mudando a dinâmica das aulas e quebrando paradigmas para a busca de melhorias.
 - Compreender a importância da atualização pedagógica - os professores pesquisados atribuem grande importância quando buscam atualizações pedagógicas como contribuição para mudanças docentes, rompendo com modelos tradicionais, ajudando a descobrir a importância da colaboração, buscando inovar, reinventar modelos, construir convívios sociais e domínio das relações humanas, assim como aprender e estimular a colaboração a partir de trocas de experiências.

- Aperfeiçoar a utilização de tecnologias - professores têm nítida noção de que contemplar tecnologia nos espaços escolares é necessário para se adequar à nova era, melhorando assim o processo ensino-aprendizagem.
 - Refletir sobre a trajetória docente - Para os professores, refletir sobre a trajetória docente é transformar suas atitudes e comportamentos, tendo como desafios acompanhar a nova era, repensando a prática pedagógica, quebrando paradigmas em relação à utilização tecnológica e entendendo a importância de compartilhar conteúdos e experiências para melhorar o convívio social.
2. Importância da colaboração no âmbito educacional
- Compartilhar experiências visando a melhorias para o convívio e mudanças metodológicas - na opinião de professores, a importância da colaboração como um processo de contribuição facilita visualizar e mudar a dinâmica da sala de aula, assim como auxilia na resolução de problemas comuns da escola.
 - Compartilhar aumenta a expectativa para obter colaboração - para os professores, o compartilhamento, a colaboração, principalmente na resolução de problemas comuns da escola em que se exige uma tomada de decisão em conjunto, por outro lado, apontam que a colaboração abre possibilidades de reflexões práticas para a busca de novas competências e habilidades para lecionar.

- Analisar os motivos dos professores que resistem em colaborar- os professores vivem momentos conflituosos e frustrantes na educação. Na visão dos professores, esta resistência tem um caráter mais social, uma vez que a falta de tempo impede a troca de experiências entre os professores; por outro lado, também existe o comodismo dos professores por não saberem trabalhar com tecnologia e, por isso, acreditam que trabalhar sozinhos, sem colaboração, é mais fácil.
3. Importância da utilização e domínio de tecnologia
- Melhorar o planejamento das aulas, auxiliar no processo ensino-aprendizagem - os professores apontam a tecnologia como uma ferramenta importante, que contribui para aumentar o interesse dos alunos, porém há a ressalva de que se deve saber a forma adequada de se utilizar estas ferramentas para que o trabalho pedagógico possa enriquecer.
 - Estimular a colaboração entre alunos e aluno/professor - Na visão dos professores, este estímulo de colaboração se daria a partir da motivação através do ambiente tecnológico, pois consideram que a tecnologia abre espaço para o trabalho interdisciplinar.
 - Analisar os motivos que apontam resistência para usar a tecnologia - Os professores acreditam que são as escolas que não oferecem estrutura para esta utilização tecnológica e, além disso, também existem o medo e a insegurança do professor em agregar a utilização tecnológica em suas aulas.

Entende-se que apenas realizar atividades conjuntas não pressupõe que exista um trabalho colaborativo, todavia, para compreender, aceitar e contribuir com um ponto de vista entre um grupo, são necessárias modificações de perspectivas na representação de cada participante, os quais, a medida que se ajustam nas formas de compreensão e comunicação, percebem que uma nova perspectiva comportamental pode melhorar o entendimento do grupo, objetivando um melhor entendimento sobre projetos mútuos, relações interpessoais e ações na busca de soluções para alguns problemas latentes.

Atendendo aos objetivos deste estudo, apresenta-se, no quadro a seguir, o levantamento de alguns indicadores que levam um professor a tornar-se mais colaborativo, levando em consideração os aspectos sociais, culturais e educacionais presentes neste levantamento. Para melhor compreensão destes indicadores, destaca-se uma tabela contendo seus respectivos descritores.

Quadro 1 - Indicadores x Descritores

Indicador	Aspectos/ Descritores
Ressignificação das práticas	<p>Educacional: inovação metodológica; mudanças pedagógicas; conteúdo significativo.</p> <p>Cultural: quebra de paradigmas; reconstrução de conhecimentos e atitudes;</p> <p>Social: ações; disponibilidade de recursos.</p>
Capacitação	<p>Educacional: inovar; reinventar; mudanças pedagógicas</p> <p>Cultural: compartilhamento; quebra de paradigmas</p> <p>Social: convívio social; troca de experiências</p>
Inovação tecnológica	<p>Educacional: adequação metodológica; aprendizagem significativa</p> <p>Social: revolução da aprendizagem</p>

Indicador	Aspectos/ Descritores
Reeducação/ modificação de perspectivas	<p>Educacional: reestruturação do processo; motivação</p> <p>Cultural: transformar atitudes; transformar comportamentos; quebra de paradigmas; prática docente; exigências culturais</p> <p>Social: compartilhamento; inter-relacionamento; reorganização social</p>
Engajamento coletivo/ ações responsáveis	<p>Educacional: professor tolerante compartilhar experiências</p> <p>Cultural: transformação social</p> <p>Social: contribuição de conhecimento</p>
Interdependência positiva/ difusão de ideias	<p>Educacional: compartilhar conteúdos; liberdade de aprender; troca de experiências; competências para a docência; habilidades para docência</p> <p>Cultural: processo de mudanças; reflexão da realidade; romper com o velho; superar limites</p> <p>Social: coletividade; interação</p>
Reorganização e atitudes/ conscientização	<p>Educacional: troca de experiências</p> <p>Cultural: incorporar tendências; superar conflitos</p> <p>Social: postura competitiva</p>
Engajamento ativo	<p>Educacional: elaborar aprendizagem significativa; criar novas possibilidades; melhorar aprendizagem</p> <p>Cultural: atingir objetivos</p> <p>Social: mediar o processo educativo</p>
Conscientização	<p>Educacional: construção de novos conhecimentos; redefinir atividades tradicionais</p> <p>Cultural: aceitar desafios; assumir novas posturas</p> <p>Social: trabalho interdisciplinar; romper as limitações tecnológicas</p>
Colaboração/ interdisciplinaridade	<p>Educacional: construir significados; despertar interesses educacionais; proporcionar colaboração</p> <p>Cultural: compromisso e motivação</p> <p>Social: trabalho interdisciplinar</p>
Interdependência	<p>Educacional: agregar a tecnologia</p> <p>Cultural: romper com inseguranças e medos; adaptar-se à cultura jovem</p> <p>Social: romper com limitações tecnológicas</p>

Fonte: ALMEIDA (2014).

Retornando os olhares ao papel do professor inserido no ensino superior, ao qual compete cumprir com as exigências curriculares expostas pela instituição em que atua, percebe-se uma divergência existente entre a prática e a teoria em relação ao contexto do novo cenário social e tecnológico que se instala atualmente, com fortes tendências às inovações e aos diversos processos de internacionalização que se discutem principalmente no meio universitário.

Pela percepção das realidades apresentadas, no cenário social de um lado e no contexto educacional de outro, entende-se que haja uma necessidade urgente de reflexão e clareza sobre o profissional que se espera formar. É a partir desta necessidade que se entende a importância de se adequar o comportamento docente para um processo de aprendizagem mais interativo, colaborativo, adaptando-o a um novo ambiente educacional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da revisão teórica apresentada neste artigo e da análise extraída dos comentários de professores envolvidos na docência do ensino superior da área da saúde, entende-se que romper com ações e atitudes velhas buscando o novo é uma tarefa desafiadora para o professor. Percebe-se que mudanças do modelo tradicional de ensino, para um novo modelo colaborativo, dependem fortemente de mudanças comportamentais do processo ensino-aprendizagem.

Pressupõe-se atualmente que os professores comecem a sentir necessidades de buscar formas coletivas de trabalho com outros educadores devido a algumas dificuldades que encontram em se articular com uma realidade social mais ampla e colaborativa.

Diante deste novo cenário, criar espaços de reflexão compartilhada, nos quais professores tornam-se aprendizes em busca de soluções para as dificuldades e problemas encontrados em vários aspectos do âmbito educacional, entender e incorporar os benefícios da colaboração podem caracterizar uma condição inovadora e significativa para melhorar o desenvolvimento profissional dos docentes e consequentemente refletirá na melhoria dos processos educacionais.

REFERÊNCIAS

AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em Saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em Equipe. **Revista Avaliação**, Campinas, v. 16, n. 1, p.167-184, mar. 2011.

ALMEIDA, L. P. C. M. **Indicadores que levam um professor a torna-se colaborativo**. 2014. 215f. Tese (Doutorado em Educação)– Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

BARKLEY, Elizabeth; CROSS, K. Patricia; MAJOR, Claire Howell. **Collaborative Learning Techniques: a handbook for college faculty**. San Francisco: Jossey-Bass, 2005. 288 p.

BICKMORE, T.; CASSEL, J. Relational agents: a model and implementation of building user trust. In: SIGCHI ON HUMAN FACTORS IN COMPUTING SYSTEMS, 2001, Seattle. **Proceedings...** New York: ACM Press, 2001. p. 396-403. Disponível em: <<http://gn.www.media.mit.edu/groups/gn/pubs/CHI2001-final-cameraready.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2013.

COLL, C.; MONEREO, C. (Org.). **Psicologia da educação virtual: aprender e ensinar com as tecnologias da informação e comunicação**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 366 p.

DIAS, R. E.; LOPES, A. C. Competências na formação de professores no Brasil: o que (não) há de novo. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 24, n. 85, p. 1155-1177, dez. 2003.

FELDMANN, M. G (Org.). **Formação de Professores e escolas na contemporaneidade**. São Paulo: Senac, 2009. 256 p.

FULLAN, M. G.; HARGREAVES, A. **A escola como organização aprendente: buscando uma educação de qualidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 136 p.

GONZALES, L. A. G. **Um modelo conceitual para aprendizagem colaborativa baseada na execução de projetos pela web**. 2005. 254 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Computação e Sistemas Digitais)– Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

JONES, C.; DIRCKINCK-HOLMFELD, L.; LINDTRÖM, B. The next ten years: a view from Europe. In: CONFERENCE ON COMPUTER SUPPORT FOR COLLABORATIVE LEARNING, 1., 2005, Taipei. **Proceedings...** Taipei: International Society of the Learning Sciences, 2005. p. 237-246.

MALDANER, O. A. Princípios e práticas de formação de professor para educação básica. In: SOUZA, J. V. A. (Org.). **Formação de professores para educação básica: dez anos da LDB**. Belo Horizonte: Autentica, 2007. p. 211- 233.

MAURIT; ORNUBIA, J. O professor em ambientes virtuais: perfil condições e competências. In: COLL, C.; MONEREO, C. (Org.). **Psicologia**

da educação virtual: aprender e ensinar com as tecnologias da informação e comunicação. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.118-135.

MARTINS, L. C. de Almeida. **Colaboração, Tecnologia e Ensino da História:** o desenvolvimento do pensar histórico e a autoria da hipermídia em rede. 2009. 137 p. Dissertação (Mestrado em Educação e Contemporaneidade)- Universidade Estadual da Bahia, Salvador, 2009.

MENDES, R.; MUNFORD, D. Dialogando saberes: pesquisa e prática de ensino na formação de professores de ciências e biologia. **Ensaio:** pesquisa em Educação em Ciência, Belo Horizonte, v. 7, n. 3, p. 4 -12, set./dez. 2005. Edição especial. Disponível em: <www.fae.ufmg.br/ensaio/vol7especial/mendesemunford.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2012.

MOREIRA, Fayga; JARDIM, Gustavo; ZIVIANI, Paula. Trabalho colaborativo e em rede com a cultura. In: ENCONTRO DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES EM CULTURA, 6., 2010, Salvador. **Anais eletrônicos...** Salvador: Facon/UFBA, 2010. Disponível em: <<http://www.cult.ufba.br/wordpress/24717.pdf>>. Acesso em: 17 jun 2015.

NONO, M. A.; MIZUKAMI, M. da G. N. Aprendendo a ensinar: futuras professoras das séries iniciais do ensino fundamental e casos de ensino. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 24., Caxambu, 2001. **Anais...** Caxambu: ANPED, 2001. p. 1-16. CD-ROM.

OEIRAS, J. Y. Y. **Design de ferramentas de comunicação para colaboração em ambientes de educação a distância.** 2005. 182 f. Tese (Doutorado em Computação)- Instituto de Computação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

PALLOFF, R.; PRATT, K. **Collaborating Online:** Learning Together in Community. San Francisco: Jossey- Bass, 2005. 128 p.

PASCARELLA, E. T.; TEREZINI, P. T. **How college affects students: a third decade of research.** San Francisco: Jossey-Bass, 2005. 2 v.

PIMENTA, S. G. Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiência com a formação docente. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 521 – 539, set. /jan. 2005.

SARAIVA, M.; PONTE, J. P da. O trabalho colaborativo e o desenvolvimento profissional do professor de Matemática. **Quadrante: revista de investigação em educação matemática**, Lisboa, v.12, n. 2, p.25-52, jul./ dez. 2003.

TIMMS, D.; FERLANDER, S.; TIMMS, L. Building Communities: online education and social capital. In: SZUCS, A.; WAGNER, E.; HOLMBERG, C. (Ed.) **Learning without limits: developing the next generation of education.** Budapest: EDEN, 2001. p. 118-123. Disponível em: <<http://www.odeluce.stir.ac.uk/docs/EdenPaper.doc>>. Acesso em: 09 dez. 2013.

TORRES T. Z.; AMARAL, S. F. de. Aprendizagem Colaborativa e Web 2.0: proposta de modelo de organização de conteúdos interativos. **ETD: Educação Temática Digital**, Campinas, v.12, p.49-72, mar. 2011. Número especial.

VALENTE, José A. Mudanças na sociedade, mudanças na educação: o fazer e o Compreender. In: _____. (Org.). **O computador na sociedade do conhecimento.** Campinas: Unicamp, 1999. Cap. 2, p. 29-48.

VARELLA, Péricles Gomes *et al.* Aprendizagem Colaborativa em ambientes virtuais de aprendizagem: a experiência inédita da PUC-PR. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 3, n. 6, p. 11-27, maio/ago. 2002.

VIII. RESPOSTA EM ESCALA SEGUIDA DE JUSTIFICATIVA: UMA AVALIAÇÃO TRIANGULADA

Nelson Filice de Barros, Juan Carlos Aneiros Fernandez, Rafael Afonso da Silva, Juliana Luporini do Nascimento

1 INTRODUÇÃO

Embora a escola como se conhece contemporaneamente seja uma das instituições fundamentais do projeto da Modernidade, contando séculos de existência, o processo de avaliação sobre o que produz ainda é um desafio. É certo que têm existido diferentes formatos e dinâmicas escolares, que também levaram a variações no processo avaliativo, às vezes mais estruturadas e conteudistas, outras menos rígidas e processuais, refletindo projetos societários de controle, vigilância e punição, por um lado, e transgressão, criatividade e autonomia, por outro.

Este capítulo apresenta o instrumento de avaliação utilizado no processo avaliativo adotado no módulo “Saúde e Sociedade”, constituído por duas disciplinas semestrais e sequenciais (MD 342 e MD 442), com carga horária semestral de 60 horas cada uma, do segundo ano do curso médico, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp), que foram colocadas no núcleo do currículo do ciclo inicial do curso para desenvolver temas e reflexões orientados pelas Ciências Sociais, constituindo-se parte das assim chamadas ciências básicas ou ciclo básico.

Embora o ensino dos aspectos socioantropológicos do processo saúde-doença-cuidado aconteça no curso médico da FCM/Unicamp desde 1963 (NUNES, 1999, 2000), período em que essa “atualidade” foi disseminada na América Latina e outros continentes, ainda assim, investigações desenvolvidas em diferentes países e contextos de ensino médico constataram que, contraditoriamente, mesmo após a preconização oficial da importância das Ciências Sociais na formação médica, predominam os relatos das dificuldades de mudança de padrões de décadas passadas (RUSSELL *et al.*, 2004; LITVA; PETERS, 2008; SATTERFIELD *et al.*, 2010; BARROS, 2013).

O instrumento de avaliação que será discutido nas próximas sessões foi criado a partir da necessidade de verificação processual e parcial do Módulo Saúde e Sociedade, dados os desafios continuados de ensinar Ciências Sociais para 120 estudantes, do segundo ano de uma escola médica. Como se trata de um processo avaliativo, logo no primeiro dia de aula os alunos são convidados a escrever livremente sobre suas expectativas em relação ao Módulo.

Nessa narrativa identifica-se parte do currículo oculto da escola médica em operação, pois boa parte dos estudantes expressa visões estereotipadas da disciplina, que certamente lhes foi reproduzida pelos colegas dos outros anos e muitas vezes reforçada pelos professores de outras disciplinas. As expectativas dos discentes são digitadas e analisadas em seus conteúdos temáticos pelos profissionais da área de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde, atualmente constituída por três docentes e um técnico, e na aula posterior são apresentadas e debatidas com todo o grupo de estudantes.

Como o Módulo é constituído por duas disciplinas ao fim do semestre, abrimos outro espaço para que os estudan-

tes voltem a se expressar em relação às experiências que vivenciaram ao longo do desenvolvimento da disciplina. Porém, entre o registro das expectativas e a narrativa do final do semestre, percorremos, pelo menos, 15 semanas, com encontros semanais de quatro horas cada um, muitas vezes, insuficientes para fixarmos nomes e fisionomias de todos os alunos. Por isso, decidiu-se na área pela aplicação de um instrumento de escuta dos alunos, entre a sétima e a décima aula de cada semestre, o qual deveria ser simples, sem ser banal, eficiente para coletar informações no processo e eficaz para promover mudanças imediatas.

2 O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Boa parte do pensamento sociológico foi construída com estudos quantitativos, no formato de *surveys* e estatísticas de base populacional, porém, ao longo do século XX, somaram-se críticas aos limites dessa metodologia, bem como foram sendo apresentadas propostas de análises dos sentidos atribuídos pelos diferentes agentes sociais, desenvolvendo um conjunto de métodos e técnicas de pesquisa qualitativa.

Mais recentemente têm sido desenvolvidas propostas de estudos multimétodos em duas direções: uma em que se inicia a abordagem do objeto pela contagem para então explorar os sentidos atribuídos a ele; e outra em que primeiro aprofunda-se na compreensão dos sentidos, para então identificar os seus padrões de repetição. Além disso, também, recentemente, têm sido desenvolvidas propostas de triangulação de dados do mesmo objeto em análise, muitas vezes realizada com dados produzidos a partir de diferentes métricas, e outras vezes com dados gerados em uma mesma metodologia, porém advindos de técnicas de coleta diferen-

tes. Em nossas reflexões, identificamos a importância de se ter uma dimensão quantificável em relação a diferentes aspectos desenvolvidos no Módulo e, também, a necessidade de compreender com mais detalhes como cada um dos estudantes justifica sua avaliação. Nessa medida, construímos o Instrumento apresentado no quadro que segue.

Quadro 1 - Instrumento de Avaliação Parcial do Módulo.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARCIAL DO MÓDULO SAÚDE E SOCIEDADE¹											
AVALIE OS ITENS ABAIXO UTILIZANDO A ESCALA DE 0-10 E JUSTIFIQUE.											
a) Qual a sua avaliação das aulas expositivas de Ciências Sociais?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Justifique sua avaliação.											
b) Qual a sua avaliação dos trabalhos em sala de aula com vídeos (filmes e documentários)?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Justifique sua avaliação.											
*c) Qual a sua avaliação dos textos teórico-conceituais utilizados?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Justifique sua avaliação.											
d) Qual a sua avaliação dos trabalho de campo nos Centros de Saúde?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Justifique sua avaliação.											

Fonte: Autores.

Legenda: 1 Como há variações nos semestres, acrescentam-se ou retiram-se questões de acordo com as atividades desenvolvidas.

Basicamente, buscamos escutar os estudantes em relação às diferentes estratégias pedagógicas adotadas no Módulo. Primeiro em relação às aulas expositivas que podem acontecer juntando todos os alunos em um único auditório ou separando-os em grupos menores. Várias tentativas foram testadas e atualmente, após o registro de nossas experiências e das análises dos estudantes, adotamos a maior parte das aulas em quatro grupos conduzidos pelos

profissionais da área. Tivemos a oportunidade de dividir os alunos em nove grupos e nesse formato a experiência foi positiva pela menor quantidade de estudantes por professor, porém foi negativa em relação à forma e à profundidade com que a abordagem socioantropológica do processo saúde-doença-cuidado foi abordada nos diferentes grupos. Outra possibilidade testada foi a de manter todos os alunos juntos a maior parte do tempo e nessa modelagem foi positiva a exposição de todos à mesma experiência, porém foi negativa a participação dos estudantes.

Em segundo lugar, pedimos que os estudantes avaliassem os recursos audiovisuais que temos utilizado, pois estrategicamente buscamos associar textos de certa densidade conceitual com vídeos que abordem a mesma temática. Assumimos como positivo para o processo cognitivo dos estudantes a abordagem do mesmo tema com diferentes linguagens, de forma que associamos texto, vídeo, dinâmicas em pequenos grupos, aula expositiva e trabalho no cenário da atenção primária, para desenvolver cada estrutura teórico-conceitual do Módulo.

A terceira questão pede aos estudantes que avaliem os textos indicados para leitura, pois já tivemos muitas diferentes avaliações relacionadas a eles, de forma que temos nos mantido sempre em busca de encontrar novos materiais com linguagem acessível, sem perder o tônus conceitual. Em geral os textos da tradição das Ciências Biológicas são estruturados a partir da relação unidirecional de causa e efeito, de forma que os textos das Ciências Sociais parecem-lhes repetitivos e redundantes, uma vez que os autores vão construindo suas abordagens em relação a diferenças e semelhanças com outras posições sobre o mesmo assunto, muitas vezes em perspectiva multicausal e multidirecional.

A quarta questão convida os alunos a avaliarem os trabalhos de campo que realizamos nas Unidades Básicas de Saúde, adotados novamente na FCM/Unicamp após a reforma curricular do início da década de 2000. É preciso registrar que no passado as Ciências Sociais foram ensinadas na FCM/Unicamp em um território específico de um bairro, passando posteriormente a um projeto extramuros em um município vizinho a Campinas. Todavia, o trabalho em diferentes cenários de práticas orientado pela perspectiva sociomédica tem sido bastante desafiador, pois os serviços de saúde em geral orientam-se pela lógica médico-social, que prevê, por princípio, diagnosticar, intervir e prescrever.

Como se vê no quadro com o instrumento, cada uma das questões deve primeiro ser avaliada em uma escala de tipo Lickert, na qual consideramos como negativas as respostas entre 0 e 3, regulares as respostas entre 4 e 6, positivas aquelas entre 7 e 10. A expressão do conjunto dessas avaliações é muito importante para compreendermos como os estudantes avaliam cada uma das estratégias pedagógicas adotadas.

No entanto, imediatamente após a avaliação na escala, cada discente é convidado a expressar, na forma de justificativa, os sentidos que atribui para cada uma das estratégias experimentadas. Neste espaço, ficamos sabendo não apenas o porquê da sua avaliação, como também as suas sugestões de novas estratégias para o desenvolvimento da temática.

Cada estudante recebe uma folha impressa com as questões e tem a liberdade de justificar usando a parte em branco da folha, bem como outras folhas. No entanto, ainda que não informados sobre limites, suas avaliações restringem-se aos espaços vazios do instrumento, o qual não é iden-

tificado. Por fim, os dados coletados são digitados e as respostas na escala são tratadas com estatística descritiva, sendo as justificativas aferidas com a análise temática de conteúdo.

Os resultados são discutidos com os estudantes quando induzem a alguma mudança na disciplina; do contrário são discutidos apenas pelos profissionais da área em busca de aprimorar nossas abordagens das Ciências Sociais no Módulo.

3 A TRIANGULAÇÃO DOS DADOS

Nesta sessão vamos apresentar os resultados da aplicação do instrumento em um dos quatro grupos da disciplina MD 342, em desenvolvimento no primeiro semestre de 2015. A avaliação quantitativa realizada por 24 do total de 29 estudantes sobre as aulas expositivas de Ciências Sociais garantiu a distribuição que se observa na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das avaliações das aulas expositivas.

Valor da escala	Frequência	%
0	1	4,1
1	-	0
2	-	0
3	-	0
4	2	8,3
5	-	0
6	-	0
7	3	12,5
8	8	33,3
9	7	29,3
10	3	12,5
Total	24	100,0

Fonte: Autores.

Com base na tabela, considerando os conjuntos que criamos em relação às respostas negativas, regulares e positivas, observa-se que um estudante avaliou negativamente as aulas expositivas, dois avaliaram as aulas como regulares e 21 avaliaram-nas como positivas. Esses números indicam-nos que as aulas expositivas têm sido bem recebidas pelos estudantes, com quase 90% de avaliações positivas. No entanto, vejamos a qualidade destes sentidos atribuídos à medida que a avaliação vai sendo gradativamente maior:

“Apesar de várias pessoas não lerem os textos, gostei das discussões, principalmente pelo fato de as opiniões serem respeitadas” (Valor 7 na escala).

“Discussões boas e bem direcionadas, trazem clareza para o tema dos textos, que às vezes não são tão claros de início, a forma de exposição das ideias não é impositiva, os alunos têm espaço para expor suas próprias ideias também” (Valor 8 na escala).

“Discussões que trouxeram novos ângulos de se enxergar a saúde pública, trazendo diferentes perspectivas, sem o detrimento das outras, respeitando as ideias divergentes” (Valor 9 na escala).

“As discussões foram ótimas. Sempre muito didática e interativa. O professor nos fazia refletir sobre novos campos de visão e não os impondo. Acredito que tenha enriquecido nossos argumentos e nos mostrado mais sobre a realidade médica e de como ela foi construída” (Valor 10 na escala).

No primeiro extrato, lê-se “gostei das discussões”, no segundo observa-se que além de uma avaliação pessoal, o aluno acrescentou que as aulas foram “bem direcionadas”, no terceiro, destaca-se que as aulas trouxeram “novos ângulos

[...] trazendo diferentes perspectivas”, por fim, o extrato de valor máximo na escala expressa sentido positivo relevante, “as discussões foram ótimas”, e considerações técnicas também positivas, como: “sempre muito didática e interativa [...] nos fazia refletir sobre novos campos de visão”. Indubitavelmente, o conjunto dos trechos selecionados neste parágrafo vai evidenciando a coerência interna do instrumento, à medida que permite que os alunos mostrem os diferentes sentidos e os valores agregados as suas experiências.

No entanto, o conjunto dos extratos mostra uma preocupação que atravessa todos os níveis de avaliação positiva da disciplina, qual seja: o respeito as suas opiniões e pontos de vista. Assim, lê-se no primeiro extrato “gostei das discussões principalmente pelo fato de as opiniões serem respeitadas”; no segundo, “a forma de exposição das ideias não é impositiva”; no terceiro extrato, tem-se “sem o detrimento das outras, respeitando as ideias divergentes”; e no quarto extrato, o aluno afirmou “o professor nos fazia refletir sobre novos campos de visão e não os impondo”.

Como compreender a avaliação positiva dos alunos destacando o respeito as suas opiniões e pontos de vista? Some-se a isso o extrato do aluno que pior avaliou as aulas expositiva, com 0 na escala quantitativa, deixando ver na sua justificativa a relação com o mesmo tema:

Acredito que algumas discussões teóricas são realmente válidas para fazer os alunos refletirem sobre o contexto médico e social em que estão inseridos, sendo importantes para avaliar diferentes pontos de vista e ter uma ideia mais abran-

gente das questões abordadas. No entanto, muitas vezes parece que os professores e coordenadores do módulo tentam fortemente impor uma visão ideal que possuem, fazendo isso de maneira bastante autoritária em alguns grupos, intimidando alunos e não permitindo que eles se exponham (Valor 10 na escala).

Será que no currículo oculto da FCM/Unicamp circula a informação de que os professores que ministram o Módulo desrespeitam as opiniões e pontos de vista dos estudantes? Será que esta geração sente-se coletivamente desrespeitada? Será o desrespeito às opiniões e pontos de vista uma marca da escola médica? Será que outras disciplinas têm escuta para as queixas e denúncias de desrespeito pelos alunos? Todas estas questões passam a fazer parte das discussões que a área incorpora na medida em que desenvolve as atividades ao longo do semestre, bem como quando toma parte nas reuniões de departamento e da coordenação do curso para discutir o ensino de graduação em medicina.

Um outro exemplo da eficácia do instrumento pode ser observado em relação à avaliação dos estudantes sobre os textos indicados para discutir diferentes aspectos socioantropológicos do processo saúde-doença-cuidado. A Tabela 2 mostra a distribuição quantitativa da avaliação dos estudantes sobre os textos teórico-conceituais utilizados.

Tabela 2 – Distribuição das avaliações dos textos teórico-conceituais.

Valor da escala	Frequência	%
0	1	4,2
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	1	4,2
5	0	0
6	8	33,4
7	3	12,4
8	8	33,4
9	3	12,4
10	0	0
Total	24	100,0

Fonte: Autores.

Da mesma maneira que anteriormente, com base na tabela e considerando os conjuntos que adotamos em relação às respostas negativas, regulares e positivas, observa-se que 1 (um) estudante avaliou negativamente os textos indicados, 9 (nove) avaliaram como regulares e 14 (quatorze) avaliaram como positivos. Esses números indicam-nos que os textos teórico-conceituais têm sido bem recebidos pela maior parte dos estudantes, no entanto um número expressivo tem avaliação regular, fato que nos coloca sempre em alerta com relação aos materiais que indicaremos para leituras.

Uma vez conscientes de que há maior dificuldade em relação aos textos indicados, passemos às justificativas para identificar os sentidos atribuídos pelos estudantes. Diferentemente dos dados anteriores, este conjunto precisa ser separado, pois a avaliação regular informou-nos que os estudantes estão em busca do que lhes seja “útil”, no que chamou de “cotidiano de um estudante de medicina”.

Enquanto o extrato que selecionamos para representar o extremo positivo do conjunto das avaliações regulares mostra um aluno colocando-se honestamente em relação à sua “inexperiência nesses assuntos” ou em relação à “complexidade e densidade das informações” tratadas nos textos indicados.

O texto do Laplantine achei as substâncias literárias de difícil utilização para o cotidiano de um estudante de medicina. Não por causa de ser de difícil compreensão, mas devido ao fato de permanecer pouco relevante nas discussões em sala de aula, ao contrário do texto do Foucault (Valor 4 na escala); Os textos não são demasiadamente longos e não são cansativos. Além disso, não é pedida a leitura de vários textos em um curto período de tempo, o que aumenta a adesão dos alunos. Eu não consigo ter uma visão muito aprofundada dos textos, percebo que não consigo tirar as informações que o autor quer passar, talvez isso se deva pela minha inexperiência nesses assuntos ou pela complexidade e densidade das informações (Valor 6 na escala).

Quantitativamente, as avaliações positivas em relação aos textos indicados também são majoritárias, no entanto com um terço menos de avaliações positivas em relação às

aulas expositivas e sem nenhum representante no valor máximo, de forma que qualitativamente temos duas mudanças bastante significativas.

Em relação aos dados qualitativos, os extratos abaixo também seguem a gradação crescente de nível e, também, mostram coerência interna do Instrumento. A justificativa para o 7 (sete) mostra adequação em relação ao contexto geral; o extrato representante do 8 (oito), além da informação anterior, sugere uma forma para “engajar maior número de alunos” para a leitura; por fim, o último extrato soma às informações anteriores uma tendência dos estudantes de medicina em relação a leituras longas, qual seja: “não absorver mais nada da metade [de um texto de 20 páginas] pra frente”.

Os textos são bons, grandes, mas numa quantidade satisfatória, alguns são mais complexos, mas todos geram bastante base para discussão [...] alguns textos são interessantes para refletir sobre as práticas médicas atuais, de fato. No entanto, com a quantidade de matéria de temos, os textos são bastante extensos e muitas vezes não é possível ler todos, pela falta de tempo mesmo. Talvez textos mais curtos fizessem mais sentido no contexto da disciplina, de forma a envolver e engajar um maior número de alunos nas discussões (Valor 7 na escala); Alguns textos são interessantes, no entanto há outros bem chatos. Acredito também que se fossem utilizados textos

menores e mais concisos haveria uma maior adesão na leitura deles, pois quando coloca-se um texto de 20 e poucas páginas, a tendência é que passamos a não absorver mais nada da metade pra frente. (Valor 9 na escala)

Além das informações já anunciadas, a triangulação dos dados da escala com a justificativa permitiu identificar duas tendências que se repetem todos os anos. Primeiro, associado ao currículo oculto da FCM/Unicamp, do qual temos notícia apenas quando informações como as constantes nos primeiro extrato são explicitadas; o segundo relacionado a um forte preconceito de alguns alunos em relação à presença das Ciências Sociais no curso médico, os quais, algumas vezes, pedem a extinção do Módulo, quase sempre, com base em afirmações como a do segundo extrato.

“Os textos diminuíram em relação a 2014. Algo positivo. Entretanto tem-se agora textos muito densos e complexos que são pouco debatidos nas aulas até agora” (Valor 8 na escala).

“Não li nenhum texto, pois não são sobre algo que me desperte interesse e não acho que tenham importância” (Valor 0 na escala).

Sem dúvida é preciso que haja espaço para a diferença na escola médica, inclusive em relação ao que deve constituir o núcleo do currículo do curso. Além disso, é preciso também garantir que a diversidade e mesmo a objeção de consciência não apenas existam, mas sejam desejadas na formação médica. No entanto, como abordar o preconceito? Cremos que este é um dos mais importantes desafios da

educação médica na contemporaneidade, pois sua pequena visibilidade tem naturalizado violências de várias ordens, não apenas simbólica, de raça, gênero e classe social, mas também física, que se iniciam quase sempre com constrangimentos emocionais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as reflexões desenvolvidas nas sessões anteriores, objetivamos apresentar e discutir o potencial do instrumento de avaliação criado pela área de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde, do Departamento de Saúde Coletiva da FCM/Unicamp, a partir da necessidade de verificação processual e parcial do Módulo Saúde e Sociedade, dados os desafios contínuos de ensinar Ciências Sociais na escola médica.

O Instrumento é bastante simples, porém concebido de forma interdisciplinar, a partir da perspectiva da triangulação de dados coletados e tratados com metodologia diferente. Com sua aplicação em um processo continuado de avaliação, temos conseguido desenvolver acompanhamento eficiente do processo de ensino e aprendizagem de diferentes aspectos socioantropológicos do processo de saúde-doença-cuidado. Nesta medida, temos, também, conseguido maior eficácia do ensino das Ciências Sociais na escola médica, sobretudo alargando algumas fronteiras epistêmicas e políticas.

Uma das reflexões de Flexner, no relatório de 1910, foi de que as escolas médicas devem formar com as bases das ciências naturais e também com as bases das ciências sociais (PETERS; LITVA, 2006). Nos anos de 1940, Leavell e Clark (1979) construíram e disseminaram o modelo da Histó-

ria Natural da Doença, também chamado Tríade Ecológica, e, com ele, novamente apresentaram ao campo da saúde a importância das Ciências Sociais no trabalho diagnóstico e terapêutico. Este modelo, no entanto, fundamentou a Medicina Preventiva como especialidade médica, ajustando-se à “episteme” do campo médico-social e reduzindo a ação à biotecnologia, com pequeno alcance sociomédico.

Para Cockeham (2005), iniciava-se na década de 1950, no auge da Medicina Preventiva, a “Fase de Ouro” da sociologia da saúde, na qual cientistas sociais passam a ensinar e pesquisar temas relativos ao campo da saúde. Já naquele momento, foi identificada uma “tradicional’ dificuldade de ensinar Ciências Sociais na escola médica, que persiste contemporaneamente, relativa à pequena quantidade de cientistas sociais em tempo integral para planejar, oferecer e avaliar as disciplinas de Ciências Sociais”. (LITVA; PETERS, 2008)

Esta falta crônica de cientistas sociais nas escolas médicas faz com que profissionais com formação em Saúde Coletiva, muitas vezes, assumam de forma parcial ou integralmente as disciplinas da área. Para compreender o processo de trabalho de especialistas e não-especialistas em Ciências Sociais no campo da saúde, Peters e Litva (2006) conduziram uma investigação em 31 escolas de medicina do Reino Unido. Obtiveram retorno de profissionais de 29 escolas, sendo 41 especialistas em ciências sociais (31 sociólogos e 10 antropólogos), 22 especialista em ciências do comportamento (psicólogos) e 28 não especialistas que ensinam ciências sociais. As autoras concluíram que especialistas e não-especialistas têm visões muito semelhantes em relação aos conceitos que devem ser ensinados a estudantes de medicina.

No entanto, apontaram, contundentemente, a importante diferença em relação à perspectiva do ensino deste conteúdo e o reconhecimento do valor da teoria, maior para especialistas que para não-especialistas. Fato que para as autoras revela “falta de conhecimento de base teórica e necessidade de o conteúdo ter uma aplicação prática explícita por parte dos não-especialistas” (PETERS; LITVA, 2006, p.1024).

As autoras não discorreram exatamente o que identificaram como “aplicação prática explícita”, no entanto, é bastante provável que seja da ordem da relação de “utilidade” apontada por um estudante, como se viu. Assim, os cientistas sociais no campo da saúde habitam uma interface com dois tipos de limites, o de fronteira e o de divisa. Sendo que “a divisa é um limite relativamente inerte; a população se rarefaz e é pequeno o nível de trocas; enquanto a fronteira é um limite mais ativo [...] trata-se de uma zona de intensa atividade” (SENNETT, 2012, p. 101).

Para Santos (2000), habitar uma fronteira significa: fazer uso seletivo e instrumental das tradições trazidas por diferentes agentes; inventar novas formas de sociabilidade; lidar com hierarquias fracas e uma pluralidade de poderes e ordens jurídicas; manter a fluidez das relações sociais; e misturar heranças e invenções. Sobretudo, porque todo o tempo depara-se com: a) dificuldade de inserir conteúdo “novo” no currículo médico completamente lotado; b) dominação da cultura biomédica, cujo questionamento ameaça a própria instituição; c) inadequação de suporte e desenvolvimento de especialistas em ciências sociais pelas instituições médicas; e d) inserção das ciências sociais entre as chamadas “ciências básicas”, quando é mais bem compreendida por estudantes em treinamento clínico (SATTERFIELD *et al.*;2010)

Possivelmente, uma das mais importantes discussões do campo da saúde na atualidade é a necessidade do incremento do ensino de Ciências Sociais na educação médica e as dificuldades explícitas ou invisíveis para a sua realização.

Não sabemos quando e de que forma acontecerá a acomodação necessária entre os polos desta contradição, todavia está claro que elas ainda contradizem-se e que o instrumento que criamos tem nos ajudado de maneira simples, eficiente e eficaz, a identificar soluções ou, muitas vezes, dimensionar os desafios a serem enfrentados nos processos educacionais que propomos.

REFERÊNCIAS

BARROS, N. F. **Livre Docência na Área de Ciências Sociais em Saúde**. 2013. Tese de Livre-Docência, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

COCKEHAM, W. C. Medical sociology at the millennium. In: SCAMBLER, G. (Ed.). **Medical Sociology: major themes in health and social welfare**. London: Routledge. 2005. p. 420-442.

LEAVELL H. R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw, 1979. 744 p.

LITVA, A.; PETERS, S. Exploring barriers to teaching behavioural and social sciences in medical education. **Med Educ.**, Edinburgh, v. 42, n. 3, p. 309-314, mar. 2008.

NUNES, E. D. Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina: a história de um curso (1965-90). **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 631-657, nov./fev. 1999/2000.

PETERS, S; LITVA, A. Relevant behavioural and social science for medical undergraduates: a comparison of specialist and non-specialist educators. **Med Educ.**, Edinburgh, v. 40, n. 10, p.1020-1026, oct. 2006.

RUSSELL, A. *et al.* Social and behavioural science education in UK medical schools: current practice and future directions. **Med Educ.**, Edinburgh, v. 38, n. 4, p. 409-417, apr. 2004.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000. 396 p.

SATTERFIELD, J. *et al.* Creating an ideal social and behavioural sciences curriculum for medical students. **Med Educ.**, Edinburgh, v. 44, n. 12, p.1194-1202, dec. 2010.

SENNETT, R. **Juntos**: os rituais, os prazeres e a política da cooperação. Rio de Janeiro. São Paulo: Record, 2012. 378 p.

IX. OS CENÁRIOS DE PRÁTICA E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO ORIENTADA PELA ATENÇÃO BÁSICA

Maria da Conceição Coelho Brito, Antonio Dean Barbosa Marques, Maria Socorro de Araújo Dias

1 O CONTEXTO DA FORMAÇÃO PARA O SUS

Os processos de ensino e de aprendizagem desenvolvidos no âmbito da universidade exerce um papel social de importância ímpar, pois, por meio deste, é que se determinam transformações no sistema social, político, econômico e cultural da sociedade (OPITZ *et al.*, 2008). O exposto ressalta, portanto, o reforço de uma robusta articulação entre as instituições formadoras e o serviço. Há que se corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial no que diz respeito à formação para a atenção básica (GIOVANELLA *et al.*, 2009). Com tal fim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida como estratégia prioritária para o fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

De acordo com Alves e Aerts (2011), a ESF, proposta pelo Ministério da Saúde (MS), em 1994, incorpora e reafirma os princípios do SUS e está estruturada com ênfase na atenção básica à saúde, em especial da saúde da família. Tem por objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais.

Pretende trabalhar com o modelo de vigilância da saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, incentivando a participação popular, a criação de parcerias intersetoriais e a incumbência da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos.

Costa e Miranda (2008) abordam que o processo de implantação do SUS trouxe modificações para a organização das práticas de atenção e de gestão do sistema de saúde, mediante a formulação e a ampliação de propostas de novos modelos assistenciais, envolvendo a diversificação dos serviços de saúde, os novos processos de qualificação dos trabalhadores e a natureza do trabalho em saúde. Assim, novos paradigmas devem nortear a formação dos trabalhadores da área.

Nesse contexto da educação superior, segundo o Ministério da Saúde, a flexibilização preconizada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, confere às Instituições de Ensino Superior novos graus de liberdade que possibilitam o desenho de currículos inovadores, adequados às realidades regionais e às respectivas vocações das escolas. A ruptura do currículo mínimo pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) representa um avanço, pelo fato de induzir maior articulação das Instituições de Ensino Superior (IES) com a sociedade, e concretizar a relevância social da ação acadêmica. Na área da saúde, as DCN reforçam a necessidade de orientar a formação profissional para o trabalho no SUS (BRASIL, 2007), sistema de saúde vigente no país, e orientado pela Atenção Básica.

Surge, em 2005, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, o Pró-saúde, que objetivou incentivar a transformação do processo de formação, geração de

conhecimento e prestação de serviços à população para a abordagem integral do processo saúde-doença. Tem como eixo central a integração ensino-serviço, com a conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é a Rede SUS, com ênfase na atenção básica, desde o início de sua formação (BRASIL, 2007).

Entendendo que a reorientação para a atenção básica, como direciona o SUS, não pode depender apenas de uma transformação espontânea das instituições acadêmicas, o papel indutor do Pró-Saúde é o de conferir direcionalidade ao processo de mudança e facilitar a consecução dos objetivos propostos, em busca de uma atenção à saúde mais equânime e de qualidade (BRASIL, 2007).

Desse modo, as instituições de ensino em Enfermagem devem compreender currículo como algo em movimento, que influencia e é influenciado pelos atores que o colocam em prática diariamente em uma determinada realidade social, em um determinado mundo de apegos e significados e que investem o melhor de si em busca de seus desejos, metas e valores (DELLAROZA; VANNUCHI, 2005), aspectos que corroboram com as diretrizes do Pró-Saúde, uma vez que este tem como intencionalidade central o fortalecimento da formação dos profissionais de saúde para a atenção básica.

A partir dos pressupostos abordados pelo Pró-Saúde, torna-se relevante analisar os cenários de prática no processo de formação do enfermeiro para atuação na Atenção Básica, no curso de graduação em Enfermagem de uma Universidade da Zona Norte do Ceará. Propõe-se, então, dialogar os cenários de práticas em conformidade com os vetores apontados pelo Pró-Saúde Diversificação dos cenários do

processo de aprendizagem; Interação ensino-serviço; e Articulação dos serviços universitários com o SUS.

Para tal, realizou-se um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um curso de Enfermagem, situado no Semiárido do Sertão Cearense. Para o seu desenvolvimento, adotaram-se os seguintes sujeitos: 13 docentes responsáveis pelos módulos que apresentavam, no ementário e conteúdos programáticos, temas relacionados à Atenção Básica; e 13 enfermeiros preceptores da Atenção Básica que acompanhavam, no momento da coleta, os discentes que se encontravam no Internato da Atenção Básica.

A coleta de informações ocorreu de outubro a dezembro de 2013, e utilizou entrevistas semiestruturadas para os docentes e os enfermeiros preceptores da Atenção Básica. As informações foram gravadas e transcritas na íntegra, sendo, posteriormente, analisadas a partir da técnica de Análise Temática. Esta consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significam algo para o objeto analítico visado (MINAYO, 2006).

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob o Parecer N° 421.861/13, atendendo às diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas com seres humanos propostas pela Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Com vistas a garantir o anonimato, as falas dos docentes foram identificadas de D1 a D13, e dos enfermeiros preceptores de P1 a P13, conforme ordem de entrevistas transcritas.

2 OS CENÁRIOS DE PRÁTICAS COM VISTAS A UMA FORMAÇÃO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

As simulações da prática dos futuros profissionais de saúde apontam para a progressiva desinstitucionalização, em que muitas práticas assistenciais podem se desenvolver em ambulatorios, na comunidade e nos domicílios (BRASIL, 2007). Isso é refletido pelos docentes, quando indagados sobre os cenários de prática dos discentes.

[...] É o território em saúde, não só a Unidade de Saúde. (D7).

Os centros de saúde é um dos cenários, mas o território de atuação desses centros de saúde, nas comunidades, sejam empresas, fábricas ou locais que estejam sendo executadas algumas atividades laborais. A comunidade é o maior celeiro dessas práticas que está inserido dentro da Saúde da Família. (D13)

A partir das falas dos docentes, observa-se que se compreendem como cenários de práticas os diversos dispositivos e serviços da comunidade, o que não só demonstra a variedade de cenários como também a possibilidade de o estudante trabalhar sobre problemas reais desde o início do seu processo de formação, como preconizado pelo Pró-Saúde. Isso é corroborado pelos discentes, que apontam no questionário, que diversos são os campos de prática (Laboratórios de práticas assistenciais da IES, Equipamentos sociais – escolares e comunidade, Unidades Básicas de Saúde,

Programa Saúde da Família, e Hospitais do SUS), e que a inserção neles acontece de forma progressiva, aspecto visualizado na Tabela 1.

Tabela 1 - Período de Iniciação ao Campo de Prática segundo os discentes. Sobral-CE, 2014.

Iniciação ao campo de prática		
Variáveis	Variáveis	Variáveis
Em todos os períodos da graduação	09	33,3
Em períodos específicos	18	66,7
Últimos períodos	-	-
A IE não oferece	-	-
Não respondeu	-	-

Fonte: Autores.

Verifica-se, então, que 66,7% (18) dos alunos elegeram a iniciação ao campo de prática realizada em períodos específicos, e 33,3% (9) em todos os períodos da graduação. No decorrer do curso de Enfermagem da UVA, há a progressiva inserção dos discentes no campo de prática a partir do primeiro semestre, com substancial incremento teórico-prático a partir do quarto período, até chegar ao oitavo período com a imersão no Internato da Atenção Básica.

Dialogando com o Pró-Saúde, constata-se coerência com as diretrizes do Programa, uma vez que este propõe que as práticas de atenção à saúde, ao longo de todo o curso, com graus crescentes de complexidade, distribuam-se nas seguintes unidades: Unidades do SUS em todos os níveis de atenção – ESF, ambulatório geral, rede de saúde mental, emergência, etc.; e Equipamentos sociais, incluindo escolas e da comunidade (BRASIL, 2007).

Ampliando o olhar sobre a formação do enfermeiro, enfatiza-se a necessidade de atenção à gestão do cuidado

de saúde, incluindo componentes de regulação, referência e contrarreferência, vigilância em saúde, verificação de resolatividade, como prevê o Programa. Isso denota que o enfermeiro deve deter conhecimentos acerca do funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, e dos serviços incorporados a elas. As falas abaixo demonstram que esse quesito também busca ser atendido no curso de Enfermagem da UVA.

O módulo que eu coordeno é a Atenção Básica à Saúde 7 [...] discute as redes de atenção e há muito essa ênfase da compreensão, desse nível de atenção como porta de entrada e como fio condutor, e o enfermeiro como o coordenador deste cuidado na Atenção Básica por toda a rede [...] linha de cuidados [...] o gerenciamento, a participação social, que é um elemento que o enfermeiro precisa incorporar, precisa discutir isso para poder desenvolver a competência de ser um empoderador da população para efetivar a participação social. Também tem o projeto terapêutico singular, em que nesse tema a gente acaba emergindo vários subtemas, pois ele requer a interdisciplinaridade, a corresponsabilização a autonomia dos sujeitos, a questão do acolhimento da humanização... (D7)

O conhecimento extramuros da Universidade ele contribui fortemente para o exercício da profissão [...] as Unidades Básicas de Saúde [...] A própria comunidade, o território de uma equipe que a atenção básica

esta inserida [...] própria regional de Saúde pra que os alunos conheçam como se estrutura o sistema a partir das instancias que determinam as diretrizes, que não executam, mas determinam. Essa organização de serviços é fundamental para eles conhecerem [...] A vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, serviço de endemias... (D12)

Para Corbellini *et al.* (2010), a construção e a consolidação do conhecimento perpassam o ensino da teoria e da prática, no momento em que o estudante assume a responsabilidade da sua aprendizagem, por meio da interação com múltiplos sujeitos, da prática social e da vivência em realidades distintas. Como potencializadores desse processo, instituições formadoras e serviços de saúde da Rede SUS devem manter relações estreitas com vistas a integrar o campo da formação em saúde; interação para integração.

Com essa proposta, o Pró-Saúde elenca a integração ensino-serviço como a base para reorientação da formação profissional em saúde. Pereira (2013) reflete que a integração ensino-serviço configura-se como uma estratégia capaz de potencializar mudanças na formação profissional, pois se apresenta como um elemento central do processo de reestruturação da formação, encaminhando reflexões que buscam cooperar com os atuais desafios à formação de um novo perfil profissional. Para transformar a formação profissional são necessárias mudanças profundas que implicam alterações não apenas de concepções e práticas, mas também de relações de poder nas Universidades, nos serviços de saúde e no campo das políticas (FEUERWERKER, 2002).

Os docentes, preceptores e discentes sinalizam avanços, desafios e fragilidades da integração ensino-serviço. Desse modo, realiza-se um diálogo entre os diversos olhares dos sujeitos do estudo acerca da integração ensino-serviço identificados no estudo.

Para alguns docentes e preceptores, a integração ensino-serviço no curso de Enfermagem da UVA está avançando, como visualizado na fala a seguir:

[...] Nós estamos em uma condição bem a frente de demais outras universidades [...] Os profissionais que estão na equipe, eles são muito próximos dos docentes, então assim, isso facilita. Essa articulação, ela é facilitada tanto pela gestão [...] Eu acredito que alguns entraves ainda existem [...] Mas a maioria já vê isso com parte do seu papel enquanto enfermeiro, enquanto membro da equipe, que é esse papel de integrar, se integrar ensino [...] E em relação à universidade, eu vejo que ela procura cada vez mais melhorar nessa articulação, colocar os docentes dentro dos seus módulos, procurar ações, atividades, que busquem essa integração. Que o aluno possa estar cada vez mais se infiltrando nessa realidade, para que isso possa fazer parte da sua formação. (D7)

Nesse contexto de avanços, Paranhos e Mendes (2010) discutem que espaços historicamente não frequentados por estudantes e docentes passam a compor cenários de aprendi-

dizagem, buscando romper a lógica dos serviços-escola, espaço geralmente hospitalar e especializado, considerado como modelo para o estabelecimento de parcerias que permitam a vivência da rede de saúde tal como essa se apresenta para se repensar tanto as práticas de ensino como as de cuidado individual e coletivo.

Nessa nova perspectiva, Araújo *et al.* (2013) relatam que a aproximação das Universidades com os serviços de saúde, especialmente da Atenção Básica, vem produzindo tensões que necessitam ser reconhecidas e analisadas para gerar aprendizados para todos os envolvidos: trabalhadores, docentes, estudantes e gestores do ensino e da saúde. É na micropolítica do trabalho em saúde que esses processos revelam-se e ocultam-se, compondo uma trama que pode engendrar tanto a reprodução de práticas instituídas, como a germinação de novas formas de saber/fazer que se direcionam para aprendizados coletivos, solidários e inéditos.

Isso denota o caráter de *feedback* que deve existir na consolidação da integração ensino-serviço, aspecto evidenciado na fala a seguir:

A Universidade, quando designa um estudante para estar nesse território, como parte da sua formação [...] ela está estabelecendo um vínculo com o serviço, acredito que existe um feedback, a partir do momento que o estudante está integrado no serviço, ele está aperfeiçoando a sua formação, e em contrapartida o estudante está dando

a sua colaboração, no caso da Universidade [...] a nível de conhecimento mesmo, porque o aluno traz muita coisa para o serviço. [...] A gente está dando a nossa contribuição por conta do serviço, e lógico contribuindo também para que esse futuro profissional possa estar exercendo suas atividades profissionais no futuro de forma mais consistente, de forma mais segura, de forma mais ética... É isto que a gente procura. Em relação a esse feedback, nós também aprendemos demais, porque o território é muito dinâmico e muitas vezes ele precisa de coisas novas, que sempre são trazidas pelos estudantes. (P2)

A presença de estudantes expõe a forma habitual de atender em que a escuta e a reflexão muitas vezes não estão presentes, interrogando os modos de trabalhar e abrindo possibilidades de experimentar novos arranjos de cuidar. Araújo *et al.* (2013) discutem em seu estudo a interessante expressão (assim definida pelos autores): eles têm mais tempo para pensar; os autores refletem que isso denota de um trabalho acrítico e esvaziado pela rotina, e ausência de espaços e tempos para a reflexão. Assim, o novo, o olhar externo, a juventude parecem arejar e trazer mais vida para o trabalho, com seus conflitos e tensões que os fazem desafiador e pulsante.

Desse modo, a formação dos trabalhadores de saúde desempenha o papel importante de catalisador dos processos de mudanças ou de manutenção das práticas desenvolvidas. Pode naturalizar e legitimar modos de pensar e agir como a prevalência do saber acadêmico sobre o saber popular, a hierarquia e a fragmentação entre saberes e fazeres. Mas, pode também agenciar mudanças fomentando reflexões e a produção de projetos coletivos de cuidado. Assim, nos espaços de trabalho das Universidades e dos serviços de saúde, há saberes e conhecimentos que norteiam as práticas e as relações, que se conjugam, modificam-se e se produzem mutuamente (GOMES *et al.*, 2010).

Estudos sobre as mudanças na formação de enfermeiros baseados nas atuais DCN apontam como desafios a superação da fragmentação das práticas, as dificuldades para formação de profissionais crítico-reflexivos, mas pouco exploram as tensões que estão presentes no acompanhamento de estudantes sob a ótica dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Nessa premissa, tecem-se abaixo os olhares dos enfermeiros preceptores da Atenção Básica sobre a integração ensino-serviço.

É bem diferenciado de uma Universidade para outra. Tem Universidade que os preceptores são bastantes presentes de acompanhar o acadêmico, o interno, e tem outras Universidades que só mandam mesmo a cartinha de apresentação... (P3)
 [...] Deveria ter mais o contato da Universidade com a gente[...] (P4)

A UVA, ela deixa a desejar nesse sentido, porque na época que eu era interna era assim também [...] você dá graças a Deus quando pega um enfermeiro bom, que queira te ensinar, que tenha paciência. (P7)
 [...] Eu acho que devia ter um diálogo, uma aproximação[...] (P10)

Demonstra-se que processo de introdução dos estudantes na UBS deve ser repensado, pois reproduz a divisão técnica e social do trabalho. Esse aspecto foi reforçado nessa análise, uma vez que, segundo a fala dos preceptores, apenas os gerentes têm acesso às discussões sobre a formação e a presença dos estudantes. Os demais são apenas informados: “[...] Vem pra gerente! Pra nós, enfermeiros, não. Só chegam!” (P5). Intenta-se, então, refletir: o que a Universidade entende por integração ensino-serviço? E os enfermeiros do serviço? Verificam-se dissonâncias em um “diálogo” que era para manter a coerência; esse aspecto também refletido pelas respostas dos discentes quanto ao questionamento interação ensino-serviço, como observado na Tabela 2, em que há uma diferença estreita entre as variáveis “interação constante” (51,9%) e “há pouca interação” (48,1%).

Tabela 2 - Interação ensino-serviço segundo os discentes do curso de Enfermagem da UVA. Sobral-CE, 2014.

Interação teoria-prática/ensino serviço		
Variáveis	Valor absoluto	Percentual (%)
Não há interação	-	-
Há pouca interação	13	48,1
Interação constante	14	51,9
Não respondeu	-	-

Fonte: Autores.

Os preceptores ainda referem a dificuldade encontrada na Universidade para adquirir uma certificação de acompanhamento das práticas dos alunos na Atenção Básica, aspecto que para eles fragiliza o vínculo instituição formadora e serviço, e que não os permite sentirem-se integrados no processo de formação dos futuros enfermeiros.

[...] Entrega de certificado [...] a gente tem que está indo atrás da Universidade e às vezes encontra uma burocracia muito grande pra adquirir esse certificado. Eu acho que já deveria ser uma coisa automática... À medida que aqueles alunos concluam aquele módulo, o enfermeiro que acompanhou recebesse uma declaração de que ele acompanhou aquele estudante por tantas horas, se não a gente fica como se fosse uma peça descartável. Às vezes eu me sinto um pouco assim, que se usam do nosso serviço, da nossa experiência profissional, a gente se dedica, se empenha na formação daquele aluno, mas é como se a gente não servisse... o nosso trabalho não tivesse nenhum resultado, porque a gente não recebe nem mesmo uma declaração simultânea. [...] E isso é uma insatisfação minha e de muitos colegas com quem eu já conversei [...] Eu acho que poderia ser melhor. (P5)

[...] A única ligação que eu tenho com a UVA é a minha acadêmica (P7).

Henriques (2005) menciona que, apesar de todas as possibilidades existentes nos espaços de integração ensino-serviço, é inquietante perceber que a formação em saúde — que utiliza os serviços da rede pública de saúde como campo privilegiado para as atividades práticas que compõem essa formação, seja na modalidade de estágio curricular ou na de aula prática — tem uma inserção nesses serviços que se caracteriza por um relativo distanciamento, um tratamento de certa forma cerimonioso entre os envolvidos, no qual as críticas que tenham ao outro não encontram canais adequados de expressão. Dessa forma, sem o diálogo esperado, limitam-se as possibilidades de um fazer diferenciado, que assuma concepções acerca do cuidado, dos processos e organização do trabalho, da gestão e da escuta do usuário.

Muitos são os conflitos decorrentes de problemas e dificuldades na interseção desses dois mundos. Há queixas que dizem respeito, muitas vezes, ao fato de a Universidade estar no serviço sem levar em consideração os trabalhadores que lá estão. Tal crítica se amplia quando entra em cena a percepção de que os objetivos acadêmicos estão definidos *a priori* e não podem se afastar da estrutura já estabelecida. Ou, ainda, que não há participação do profissional do serviço, a não ser na supervisão do estudante, feita em alguns casos de modo assistemático e solitário, sem uma discussão ou presença mais efetiva do docente. Por outro lado, há críticas à diferença marcante entre a lógica da organização dos serviços, muito centrada na produtividade de seus procedimentos técnico-operativos, e a lógica do trabalho da instituição formadora, muito centrada na produção de seus conhecimentos teóricos e metodológicos dos campos pedagógicos e núcleos específicos.

Os preceptores mencionam a importância da presença do docente da Universidade para um melhor acompanhamento e aprendizado dos estudantes e para a interação docente-preceptor.

[...] o ideal seria esse acompanhamento do preceptor para poder ele ser um envolvente na nossa avaliação, porque ele tá vendo mais, as vezes, do que nós mesmos. Porque ele tá aqui, ele entra na sala, ele fica perto da gente, ele vê aquele ponto que a acadêmica está mais fraca, ou que ela está necessitando mais... (Encorajador do voo aprendiz 3).
 [...] esses alunos da UVA [...] não tem um feedback muito bom da Universidade com os profissionais [...] no (cita outro curso de Enfermagem) a gente observava que eles tinham os preceptores de estágio, então, os preceptores, no final do dia, eles sentam com os alunos e vão discutir tudo o que os alunos viram (P6).

Demonstra-se inevitável o comparativo entre o curso de Enfermagem da UVA com outras instituições e cursos. Isso pode repercutir na diferenciação de tratamento dos alunos do curso de Enfermagem da UVA, como referido na fala a seguir:

[...] Apresenta muitas fragilidades no sentido de unir não somente o documental, a academia com o serviço, mas fazer com que as equipes de saúde realmente acolham os acadêmicos como parte integrante do serviço, de suas equipes. Os acadêmicos se sentirem parte dessas equipes, bem como reduzir a exclusão de alguns acadêmicos em alguns serviços, quando se dá prioridade a outras instituições ou como, por exemplo, a prioridade a alguns acadêmicos da medicina em detrimento ao de enfermagem [...] precisamos rever alguns paradigmas. (D13)

A discussão coletiva desses aspectos pode atualizar novas visões menos hierarquizadas, possibilitando o deslocamento da disputa para uma produção coletiva de cuidados norteada por uma lógica de inclusão, solidariedade e aprendizagem. O fragmento ilustra o quão necessária se faz a revisão de perspectivas para a saúde e para a formação de trabalhadores (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Contudo, os preceptores referem lentificar os processos de cuidado para se adequar ao ritmo dos alunos, além de terem muitas atribuições no serviço. Um aspecto que julgam ajudar no processo de preceptoria dos estudantes do curso de Enfermagem da UVA, é que estes são ativos no processo de aprendizagem na prática.

É um serviço a mais! Não deixa de ser [...] Porque eu tenho que parar muitas vezes a minha função... um atendimento que eu faria mais rápido, eu faço ele em mais lento, porque eu tenho que fazer seguindo o ritmo do aluno. Então assim, demanda um tempo. Quando eu termino os meus atendimentos, eu fico com o meu aluno, orientando, lendo alguma coisa, tirando alguma dúvida. Isso é um trabalho a mais dentro do meu trabalho. (P5); [...] Obviamente a gente percebe que em algumas equipes existem algumas resistências [...] ou por conta da demanda, por conta do aumento do serviço [...] (D5); Agora, uma coisa boa que eu observo [...] os da UVA, eles estão sós, não tem preceptor, e eles têm muita iniciativa [...] como eles não têm quem está ajudando, ensinando[...] os guias, eles têm que se virar e buscar sozinhos [...] são mais ágeis[...] (P6).

Inserir os alunos no cenário real de práticas é essencial para formar profissionais de saúde reflexivos e inquietos, sendo que os desafios impostos pelo serviço e seus trabalhadores, bem como as necessidades de saúde da população, potencializem o mutável em seu ser, tornando o futuro

profissional enfermeiro em um constante aprimoramento emergido das transformações sociais.

Mudar a formação por meio do trabalho e formar para o trabalho é uma necessidade atual do SUS, pois diversos estudos apontam para a reversão do modelo de atenção como um dos principais nós críticos do sistema, o que dificulta seu fortalecimento (MERHY, 2007). Mudanças na formação incidem sobre um ator importante do sistema, o futuro trabalhador, que, por meio dos objetos, instrumentos e produtos de seu trabalho, tem poder de (re)desenhar o modelo de atenção (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

O Pró-Saúde surgiu, então, com o intuito de aproximar a teoria acadêmica desenvolvida do período de formação e as reais necessidades de vida da população. Associado ao Pró-Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi instituído em 2008 por iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, possibilitando a fomentação de equipes tutoriais de aprendizagem com inserção de estudantes de graduação nos serviços e na comunidade para uma formação voltada para as necessidades de saúde da população assistida pelo sistema de saúde brasileiro. Operacionalmente, cada grupo tutorial era formado por um tutor, seis preceptores (enfermeiras de USF), 12 estudantes bolsistas e 18 estudantes voluntários (MORAIS *et al.*, 2012).

O PET-Saúde é mencionado pelos docentes como uma estratégia que potencializa a integração ensino-serviço, pois além de permitir a inserção dos alunos no território para além de estágios e visitas técnicas, ainda fortalece o vínculo profissional-docente, fazendo com que os enfermeiros preceptores se sintam parte essencial no processo de formação.

[...] acho que uma das coisas que fez isso [refere-se a articulação ensino-serviço] melhorar foi PET, pois ele veio fortalecer esse processo ensino-serviço [...] (D3)
Hoje, eu sinto, eu tenho um apoio graças ao programa chamado Programa Educação pelo Trabalho. O PET hoje ele pra mim é de fundamental nessa integração ensino-serviço [...] preceptores do PET [...] eu digo pra eles que eles devem se sentir como esses apoiadores dessa, desse processo ensino aprendido, por que o PET nada mais é de que educação pelo Trabalho [...] (D8).

No Brasil, a prática de enfermagem, de acordo com Duarte *et al.* (2012), muitas vezes têm se caracterizado pela impessoalidade e distanciamento das reais necessidades da clientela do SUS. A modificação dessas práticas profissionais constitui condição importante para o alcance da integralidade e da equidade na prestação de serviços de saúde. Para superar esse cenário, torna-se fundamental o estabelecimento de políticas públicas que considerem as necessidades do fortalecimento dos sujeitos, tanto na saúde como na educação, de forma que essas políticas se traduzam em estratégias de empoderamento e autonomia dos sujeitos para a construção de alternativas de transformação das condições de vida e saúde da população.

Dessa forma, o PET-Saúde constitui-se uma das ações

intersetoriais direcionadas para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do SUS, por meio da integração ensino-serviço-comunidade. Esse programa busca incentivar a interação ativa dos estudantes e docentes dos cursos de graduação em saúde com os profissionais dos serviços e com a população. Cada grupo é formado por um tutor acadêmico, seis preceptores e 30 estudantes, sendo 12 estudantes monitores, que efetivamente recebem bolsas (BRASIL, 2008).

Assim, o PET-Saúde visa à formação de profissionais de saúde de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientada pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (HADDADI *et al.*, 2009), potencializando uma reorientação pedagógica nos moldes do Pró-Saúde, sobre a qual se passa a discutir.

A observância de aspectos da formação do enfermeiro para a Atenção Básica na UVA com base no Pró-Saúde, como a estruturação modular, o incentivo à prática investigativa, a inserção progressiva no campo de prática desde o início da formação, e a utilização de metodologias ativas nos processos de ensino e de aprendizagem, configura a lógica do “aprender fazendo”. Observaram-se, ainda, diversos desafios e fragilidades a serem superados, como o distanciamento ensino-serviço vivenciado na formação do enfermeiro da UVA.

Torna-se necessário, portanto, romper com práticas ainda arraigadas, de forma a promover a formação de enfermeiros mais reflexivos na ação de cuidar e coerentes com as dinâmicas necessidades sociais.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

ARAÚJO, P. N. *et al.* A visão dos trabalhadores da atenção básica acerca da presença de estudantes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 688-694, jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei n. 9.394, 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 833-41.

_____. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais** / Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://abeno.org.br/arquivos/downloads/download_20111215103241.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html> Acesso em: 15 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução 196/16 versão 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out__versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2013.

CORBELLINI, V. L. *et al.* Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 555-560, ago. 2010.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Formação Profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 503-518, set./dez. 2008.

DELLAROZA, M. S. G.; VANNUCHI, M. T. O. (Org.). **O currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do sonho à realidade**. São Paulo: Hucitec, 2005. 172 p.

DUARTE, S. J. H. *et al.* Contribuições do Pet-saúde da família na formação de enfermeiros e médicos no município de Cuiabá, MT. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 11, n. 4, p. 813-819, out./dez. 2012.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002. 306 p.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, maio/jun. 2009. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/nfx3nv>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

GOMES, F. S. L. *et al.* Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p.1065-1071, dez. 2010.

HADDADI, A. E. *et al.* Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: PETSaúde. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 5, out. 2009.

HENRIQUES, R. L. M. Interlocação entre ensino e serviço: possibilidades de resignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2005. p.147-159.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: ONOKO, R.; MERHY, E. E. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. Cap. 2. (Série Didática).

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 400 p.

MORAIS, F. R. R. *et al.* A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 541-551, nov. 2012.

OPITZ, S. P. *et al.* O currículo integrado na graduação em enfermagem: entre o ethos tradicional e o de ruptura. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 314-319, jun. 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5598/3207>>. Acesso em: 07 jun. 2012.

PARANHOS, V. D.; MENDES, M. M. R. Currículo por competência e metodologia a- va: percepção de estudantes de enfermagem. **Rev Latino Am Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p.109-115, jan./fev. 2010.

PEREIRA, A. F. **Integração ensino-serviço em Porto Alegre:** a construção do distrito docente-assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal. 2013. 60p. Monografia (Especialização Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde)– Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde:** promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Ed.UFBA, 2006. 236 p.

X. HIPERMÍDIA EDUCACIONAL: AVALIAÇÃO DA FERRAMENTA PARA O ENSINO NA GRADUAÇÃO

Natasha Marques Frota, Lívia Moreira Barros, José Iran Oliveira das Chagas Júnior, Camila Mendes dos Santos, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, Joselany Áfio Caetano

1 INTRODUÇÃO

O crescimento na utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) ocorre de forma acelerada no âmbito da saúde. A intermediação no processo educacional pelo uso das TIC aumentou as possibilidades de comunicação e aquisição de informações, o que alterou a forma de viver, trabalhar, organizar-se socialmente e também de aprender na atualidade. Por ser a fusão de três vertentes técnicas (a informática, as telecomunicações e as mídias eletrônicas), a utilização da TIC oferece a possibilidade de desenvolvimento de novas teorias, principalmente no campo educacional (FROTA *et al.*, 2013).

Com isso, na tentativa de garantir uma aprendizagem mais eficiente, a educação tem passado por reformas constantes, em uma relação pedagógica progressivamente motivadora e interativa. Assim, houve um grande aumento no número de cursos, tanto na modalidade presencial quanto a distância, que estão sendo mediados por Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA) (TANAKA *et al.*, 2010).

O AVA pode ser definido como um sistema computacional disponível na internet que é destinado ao suporte de

atividades mediadas por tecnologias de informação e comunicação e permite o processo de ensino-aprendizagem por meio da mediação pedagógica entre os alunos e o professor. É capaz de integrar múltiplas mídias, linguagens e recursos e apresentar informações de maneira organizada, além de ampliar as interações entre os indivíduos e os objetos de conhecimento, propiciando a socialização de experiências e produções (TÉTREAUULT, 2015).

Os temas mais recorrentes têm sido aqueles que tratam da saúde sexual e reprodutiva, avaliação e tratamento de feridas, gerenciamento de enfermagem, e procedimentos básicos da profissão, os quais foram desenvolvidos em um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) do tipo hiper-mídia, com a finalidade de oferecer, por meio da interação virtual, meios para facilitar a execução de tarefas em enfermagem (CAMACHO, 2014).

Ainda nesta perspectiva, vários estudos têm demonstrado que a aplicação de recursos tecnológicos, como aplicativos, redes sociais, fóruns e AVA, proporcionam a aquisição de informações e habilidades cognitivas para a realização de procedimentos de enfermagem, aumentando a segurança e autoconfiança quanto à sua realização.

Frente a este contexto, a utilização de hiper-mídias intermediada pelo AVA proporciona um complemento na formação do aluno para realizar determinados procedimentos de forma segura, pois aproximam o aluno da realidade.

Diante dessas considerações, justifica-se a realização do presente estudo devido ao aumento do uso da informática no ensino de enfermagem, aproximando o discente da realidade prática de sua área de atuação. Vale ressaltar

que os resultados desse estudo poderão contribuir com o aprimoramento das ferramentas e tecnologias existentes na área da enfermagem, tendo em vista que a opinião dos alunos sobre o uso de uma hipermídia e as dificuldades vivenciadas no AVA permitem o ajuste de lacunas presentes no ensino, assim como a avaliação do ensino por intermédio da Educação a Distância (EaD).

Com isso foi objetivo do estudo descrever a opinião de estudantes de enfermagem quanto à utilização de uma hipermídia educacional sobre Punção Venosa Periférica.

2 MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido em outubro e novembro de 2014, no Centro Universitário Estácio do Ceará-Brasil, com os alunos do curso de graduação em Enfermagem do sexto semestre.

O presente estudo utilizou uma hipermídia educativa na modalidade de um curso a distância para os estudantes de Enfermagem da disciplina de Saúde do Adulto, como atividade complementar, voluntária, com carga horária de 16 horas/semanais. A hipermídia encontra-se disponível na Plataforma Solar, disponível no endereço <http://solarpresencial.virtual.ufc.br/>.

Para que o aluno tenha acesso à hipermídia, foi necessário fazer um cadastro no AVA com nome de usuário e senha disponibilizada para realização do *login*. O acesso ao ambiente foi possível após aprovação do tutor/professor, a partir da solicitação de matrícula pelo usuário.

Na página inicial da hipermissão, o aluno teve acesso às aulas, organizadas em seis módulos, que estão subdivididos em tópicos, sendo eles: Módulo 1: Introdução à punção venosa periférica; Módulo 2: Anatomia da rede venosa; Módulo 3: Procedimento de punção venosa periférica; Módulo 4: Complicações locais e sistêmicas da PVP; Módulo 5: Punção venosa periférica em pacientes especiais; e Módulo 6: Ações de não conformidade da PVP.

No decorrer das aulas, há diferentes ferramentas como vídeos, fotografias, hipertextos, *hyperlinks* e exercícios, o que possibilita a interação entre os alunos. Essa diversidade de ferramentas permite ainda que a hipermissão se torne atrativa à medida que vai sendo utilizada pelos estudantes.

Assim, com o intuito de identificar a opinião dos estudantes sobre o uso da hipermissão sobre PVP, foram estabelecidos critérios de inclusão como: estar regularmente matriculado na disciplina de saúde do adulto, ter noções básicas de informática, utilizar o ambiente virtual de aprendizagem e acessar todas as aulas disponíveis na hipermissão. Os critérios de exclusão foram: alunos que realizaram cursos sobre PVP anteriormente e que não concluíram a avaliação da hipermissão em tempo hábil.

Na presente instituição, havia 30 potenciais participantes para o estudo. Após a entrevista com nove dos 30 estudantes, observamos a ausência de novas informações e nos certificamos que houve saturação dos dados, levando-nos a finalizar a coleta de dados. Com isso, a amostra final foi composta por nove estudantes de enfermagem, sendo esse número condicionado ao critério de saturação dos achados, que ocorre quando as informações tornam-se repetidas ou o acréscimo de novos dados for mínimo para submeterem-se aos procedimentos de análise (BARDIN, 2010).

A coleta dos dados foi realizada em sala privativa, na própria universidade, conforme disponibilidade dos participantes e em horários alternativos às aulas para que não houvesse interrupção da participação dos alunos nas suas atividades curriculares. Para alcançar o objetivo do estudo, utilizou-se a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados em que foram abordadas questões temáticas, como a utilização das tecnologias educacionais para o ensino em enfermagem, o acesso a materiais didáticos digitais, bem como as principais limitações encontradas neste tipo de modalidade de ensino. As entrevistas foram gravadas, conforme a autorização dos estudantes, e tiveram a duração entre 20 e 50 minutos, sendo transcritas na íntegra.

A análise dos dados empíricos foi realizada por três pesquisadores e ocorreu nas seguintes etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação, segundo orientações para análise de conteúdo (BARDIN, 2010).

Os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos foram respeitados, de acordo a Resolução 466/12 do CONEP (BRASIL, 2012), com protocolo de número 666.368. Os participantes receberam informações sobre a natureza; objetivos e riscos relacionados com o estudo, e voluntariamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 RESULTADOS

Participaram deste estudo nove estudantes de enfermagem, predominantemente do sexo feminino (sete mulheres e dois homens) e na faixa etária de 21 a 28 anos. Todos relataram ter fácil acesso à Internet em casa, na uni-

versidade, por meio de rede sem fio, na sala de informática, na biblioteca e nos grupos de pesquisa. Quanto ao conhecimento de informática, sete responderam ter um nível básico, quatro um nível intermediário e apenas um relatou ter um nível avançado.

Além disso, todos os alunos possuíam também acesso à Internet pelo celular e relataram que esta servia de suporte no desempenho de suas atividades da graduação, pois os mesmos preferem a Internet a manuais e livros para tirar dúvidas e estudar para conteúdos das disciplinas do curso.

A partir desse cenário, o processo de análise dos dados permitiu a identificação de quatro categorias: usabilidade da hipermídia e a influência no aprendizado, tecnologia educacional como suporte ao ensino presencial, contribuições da hipermídia na formação acadêmica e limitações quanto ao acesso da hipermídia.

3.1 Usabilidade da hipermídia e a influência no aprendizado

A troca de informações entre acadêmicos através das ferramentas existentes na hipermídia, como fóruns e chats, permite a interatividade entre os alunos e o tutor, bem como o compartilhamento de dúvidas e o feedback do conhecimento apreendido. É possível perceber essa influência através das seguintes falas:

“Os assuntos abordados na hipermídia nem sempre são os mesmos visto em sala de aula [...]”. (Estudante 7)

“A revisão da anatomia venosa é um item bastante interessante, nesta hora lembramos como esta disciplina influencia nas demais [...]”. (Estudante 3)

“Saber a respeito das diferentes possibilidades da técnica e as possíveis complicações de uma punção venosa inadequada irá prevenir erros futuros [...]”. (Estudante 4)

“Rever a técnica da punção venosa através de vídeos é muito interessante, pois podemos assistir quantas vezes forem necessárias [...]”. (Estudante 5)

“A disponibilização e as fotos apresentadas dos materiais da punção foi uma excelente revisão do assunto [...]”. (Estudante 9)

Neste sentido, a hiperfídia mostrou-se favorável à aquisição de conhecimento, uma vez que os sujeitos do estudo afirmaram que o uso do AVA proporcionou um aprimoramento do saber sobre PVP, como a anatomia da rede venosa, os materiais utilizados e os cuidados de enfermagem, permitindo, assim, a associação entre a teoria e a prática.

3.2 Tecnologia educacional como suporte ao ensino presencial

O uso de tecnologias no ensino pode servir de subsídio para uma formação que vai além da sala de aula, possibilitando ao aluno que ele escolha o momento ideal para a aprendizagem. Além disso, na hiperfídia, o aluno tem acesso às diversas mídias interativas que facilitam a aquisição de conhecimento devido às inúmeras possibilidades de aprender. As falas abaixo retratam esta interação:

“O que mais chamou minha atenção foi a interatividade do material apresentado [...]”. (Estudante 2)

“Algumas informações eu nunca tinha ouvido falar nem nas aulas de laboratório e nem nos estágios [...]”. (Estudante 9)

“O que mais gostei foi ter a oportunidade de ver e rever os assuntos quantas vezes fosse preciso [...]”. (Estudante 6)

“O ‘Scalpelito’ é um bonequinho e chama bastante atenção, pois nos dá dicas bem atuais do assunto [...]”. (Estudante 11)

A hipermídia pode ser observada como um ambiente flexível e agradável para os estudos, a qual é capaz de solucionar dúvidas e promover novos conhecimentos, contribuindo, assim, como uma ferramenta de suporte ao conteúdo administrado em sala de aula.

3.3 Contribuição da hipermídia na formação acadêmica

A prática de punção venosa periférica é um dos procedimentos básicos de responsabilidade da equipe de enfermagem, o que exige do profissional o conhecimento técnico e científico sobre o tema. Pode-se perceber por meio dos discursos:

“Achei o assunto de grande importância, especialmente da forma que foi apresentada para nós [...]” (Estudante 7).

“A universidade já trabalha com disciplinas na modalidade online, porém o assunto abordado na hipermídia não faz parte deste contexto [...]” (Estudante 3).

“Achei o conteúdo muito atual e pertinente com a prática do curso [...]” (Estudante 8).

“Pretendo fazer outros cursos à distância [...]” (Estudante 5).

A hipermídia serve para auxiliar o estudante de enfermagem no desempenho de suas atividades no atendimento aos pacientes, no início da prática hospitalar, pois facilita o

processo de ensino-aprendizagem dos discentes quanto à memorização da sequência da técnica, permitindo acesso a materiais didáticos e interativos no momento desejado e reduzindo dúvidas decorrentes das diferentes formas de realização de um mesmo procedimento.

Além disso, durante a vida profissional, as hiperfídias são ferramentas de aprendizado contínuo, atualizando o conhecimento sobre a técnica, promovendo, assim, a educação continuada do profissional.

3.4 Limitações quanto ao acesso à hiperfídia

Neste estudo, alguns participantes relataram dificuldades no acesso à hiperfídia relacionado principalmente ao servidor utilizado. Assim, percebe-se a necessidade de uma orientação aos acadêmicos para facilitar o acesso à tecnologia, de forma a permitir a utilização da ferramenta de forma mais eficiente pelos usuários.

“Não sabia que a escolha do navegador influenciava a navegação do sistema [...]”. (Estudante 2)

“Em alguns momentos o sistema não reconheceu minha senha [...]”. (Estudante 9)

“Senti dificuldade de acessar alguns vídeos, por conta do servidor escolhido [...]”. (Estudante 4)

“Após o cadastro tem que aguardar a liberação do curso pelo tutor, gostaria de começar a utilizar a hiperfídia o quanto antes [...]”. (Estudante 1)

Sendo assim, faz-se necessário ter um cuidado especial para prevê as dificuldades do usuário ou do grupo em relação ao ambiente que será utilizado, pois a fácil navega-

ção, acessibilidade e funcionalidade torna o aprendizado efetivo e compreensível, minimizando os possíveis obstáculos referentes ao uso do AVA.

4 DISCUSSÃO

A introdução de novas tecnologias, incluindo as TIC, revolucionou o estilo tradicional da educação e abriu novas possibilidades na forma de educação *on-line*, necessitando, assim, o desenvolvimento de estratégias de ensino e aprendizagem mais adequadas para a educação a distância (HSU; HSIEH, 2014).

Com os avanços da globalização, as TIC exigem que os professores repensem os métodos didáticos a serem utilizados durante o processo de ensino-aprendizagem, fazendo com que novas estratégias sejam desenvolvidas para satisfazer as expectativas de uma nova geração de alunos com vasta experiência no uso de tecnologias (COMMENDADOR; CHI, 2013). Enfrentar esse desafio requer abordagens novas e criativas para melhorar a eficiência e a eficácia no processo de aprendizagem no ensino da enfermagem (POSEY, 2013).

Dentre os diferentes recursos disponíveis para a utilização na educação em enfermagem, a tecnologia é um meio para melhorar a prática do ensino e da assistência de enfermagem, requerendo análise crítica sobre o contexto no qual esta tecnologia vai ser inserida, expressando a intencionalidade educativa que permeia o seu uso. Além disso, outro ponto pertinente é o encorajamento do docente a adotar estas inovações tecnológicas com vistas a melhorar a aprendizagem (HARIRI; ROBERTS, 2015).

Entretanto, para que ocorra um efeito positivo na aprendizagem do aluno, o professor deve escolher uma tecnologia educativa que cumpra os objetivos do ensino e as expectativas tanto do professor como dos alunos, além de fornecer tarefas didáticas e atender às necessidades dos discentes (SMYRNOVA-TRYBULSKA; KOMMERS; SIMMERLING, 2014).

Em diversos países europeus, já existe uma preocupação do governo em reformar o sistema de educação com a implementação de práticas de ensino e aprendizagem mais eficazes e o uso de modernas tecnologias educacionais (SMYRNOVA-TRYBULSKA; KOMMERS; SIMMERLING, 2014). Para os profissionais de saúde em formação, as TIC são comumente utilizadas no processo educacional e, dentre as principais vantagens das TIC, destaca-se a possibilidade da aprendizagem poder ocorrer em qualquer lugar e a qualquer hora. Como vantagens pedagógicas importantes, temos a possibilidade de adaptar ao estilo de aprendizagem e ritmo de cada aluno e a possibilidade de repetir o conteúdo que foi repassado (POSEY, 2013).

A expectativa dos acadêmicos em relação à inserção de tecnologias educacionais no aprendizado é a possibilidade de acesso à informação além da universidade. As informações são voltadas para a aplicação prática, com a disponibilização de vídeos, fotos, links e hipertextos, com detalhamento da execução do procedimento.

O ensino a distância tornou-se uma ferramenta existente em todos os níveis do sistema de ensino devido a vantagens como flexibilidade, facilidade de acesso, caráter modular, qualidade do ambiente virtual e custo-eficácia (SMYRNOVA-TRYBULSKA; KOMMERS; SIMMERLING, 2014). No ambiente da hiperídia, todas as informações podem ser

acessadas através de hiperlinks, sob a forma de texto, imagens, vídeo ou som, e os alunos podem explorar o ambiente do seu modo (POSEY, 2013). O uso de recursos audiovisuais pode atrair os alunos para navegarem no ambiente virtual e motivar significativamente a aprendizagem desses alunos, tendo um impacto positivo nos resultados da aprendizagem (COMMENDADOR; CHI, 2013).

A utilização da hipermídia permitiu a complementação do conteúdo teórico fornecido em sala de aula, pois disponibilizou aos alunos materiais adicionais ilustrativos acerca da PVP, com vídeos e atividades complementares. Isto possibilitou a junção entre o conhecimento e a experiência do professor no ambiente acadêmico e a utilização de um ambiente virtual rico em ferramentas para o aprofundamento das técnicas para realização do procedimento. O acesso rápido a uma vasta quantidade de informações disponíveis é visto como benéfico, pois permite aos alunos uma representação mental multifacetada do conteúdo em questão (HARIRI; ROBERTS, 2015).

O uso de estratégias de aprendizagem eficazes é propício para o desenvolvimento da capacidade metacognitiva. A metacognição é um processo ativo de saber, sendo o elemento integrador entre conhecimento e cognição. Os alunos da graduação em enfermagem estão na fase de desenvolvimento das qualidades metacognitivas para uma atuação eficaz durante a prática assistencial. Dentre essas qualidades, temos a reflexão sobre suas atividades para a tomada de decisão, o autoconhecimento dos pontos positivos e negativos, a identificação das estratégias para aprendizagem e o automonitoramento do conhecimento aprendido (HSU; HSIEH, 2014).

O ambiente virtual despertou o interesse dos alunos devido à facilidade de acesso ao conhecimento no ambiente virtual, além da disponibilidade do material no ambiente virtual e comunicação facilitada com o tutor da hipermídia. A interação com outros alunos e com o tutor foi citada pelos alunos como uma vantagem do uso da hipermídia. Uma das potencialidades do uso dos AVA é a interatividade como possibilidade de reflexão e troca na construção de conhecimentos a ser usada pelo mediador (TÉTREAU, 2015).

Alunos de enfermagem que tiveram a experiência de utilizar a hipermídia durante o ensino revelaram que acharam o método de ensino no ambiente virtual mais fácil de adquirir conhecimentos relacionados com o conteúdo, ficando mais perto de seus objetivos de aprendizagem (SMYRNOVA-TRYBULSKA; KOMMERS; SIMMERLING, 2014).

O ambiente de sala de aula pode ser incompatível com o estilo de aprendizagem preferido dos estudantes, dificultando o processamento das informações e o aprendizado, o que resulta em estresse e frustração (COLACE; DE SANTO; GRECO, 2014). Ao utilizar ambientes virtuais de aprendizagem durante as práticas educativas, os docentes podem aumentar a quantidade de tempo disponível para o aluno aprender o conteúdo, tornando-o ativo no processo de aprendizagem. Além disso, as ferramentas como *chats* e fóruns permitem ainda a interação entre os alunos em que os mesmos podem aprender mutuamente e trocar dúvidas (POSEY, 2013).

Os resultados do uso de hipermídias demonstram que esses ambientes virtuais podem aumentar o interesse e a motivação dos alunos, adaptar-se às preferências e necessidades cognitivas, permitir o processamento de informação

ativa e construtiva e estimular a aquisição de competências de autorregulação, além de permitir o fornecimento de informações adicionais e possibilitar *chats* e fóruns para perguntas. Entretanto, problemas de usabilidade, como desorientação, distração e sobrecarga cognitiva também podem ocorrer (SCHEITER; GERJETS; HEISE, 2014).

Em uma pesquisa desenvolvida com acadêmicos de enfermagem, foi possível observar que os mesmos consideraram o vídeo da hipermídia utilizado no estudo como uma maneira de relevância para a prática clínica, demonstrando que a utilização desse tipo de recurso didático estimula o aprendizado e possui repercussões significativas na carreira profissional. As hipermídias proporcionam um ambiente de acesso mais rápido às informações em vários formatos e a oportunidade de liberdade de acesso ao conhecimento (CARDOSO *et al.*, 2012).

Percebe-se, então, que a hipermídia permite ao aluno o controle sobre o seu aprendizado, em que o mesmo pode selecionar os módulos e escolher a sequência da apresentação das informações de acordo com os seus objetivos e com o seu tempo e ritmo (SCHEITER; GERJETS; HEISE, 2014). Acredita-se que os AVA podem possibilitar o aumento da aprendizagem, o aumento da responsabilidade do aprendiz sobre o seu processo de ensino e aprendizagem, maior colaboração dos alunos no processo educativo e melhor qualidade na aprendizagem (HSU; HSIEH, 2014).

Atualmente, o foco dos docentes no processo educativo é a identidade do aluno. Mais e mais ênfase está sendo dada à necessidade de desenvolvimento e aperfeiçoamento de habilidades criativas e intelectuais individuais dos alunos

associada à elaboração e ao fortalecimento de competências na prática assistencial (GROSSI; MORAES; BRESEIA, 2013).

O uso de um *design* instrucional atrativo pode (re)direcionar o foco do aluno para os processos cognitivos que são necessários para a aprendizagem e para a construção de esquemas de memorização do ensino (TÉTREULT, 2015).

Os achados do estudo indicam a necessidade de orientar os alunos sobre as propriedades do *software* utilizado e de identificar as dificuldades antes que o processo de aprendizagem tenha início, a fim de prevenir possíveis problemas na visualização e salvamento do material digital no computador (FROTA *et al.*, 2013).

As informações obtidas, a partir da percepção dos alunos, são muito valiosas para solucionar aspectos não contemplados e para a efetivação de mudanças, de acordo com as necessidades dos alunos e os objetivos de aprendizagem.

Assim, para haver o sucesso na aprendizagem, existem algumas exigências como: os alunos devem ter um conhecimento prévio do conteúdo e das habilidades envolvidas na formação; o ensino disposto na tecnologia educativa representa uma lição mais avançada em um curso ou um curso mais avançado no currículo; os alunos devem ter boas habilidades metacognitivas e o curso não pode apresentar um conteúdo de alta complexidade (FRUET; BASTOS, 2010).

Infere-se, dessa forma, que os alunos de hoje representam a geração dos “nativos digitais”, os quais preferem que a sua experiência de aprendizagem esteja integrada com os meios digitais. Assim, percebe-se que a informática certamente ganhou seu lugar na educação para a nova geração de estudantes, sendo importante o uso de tecnologias

educacionais para a melhoria da aprendizagem. Isso é especialmente verdadeiro para o ensino de enfermagem devido à exigência de uma tomada de decisão prudente dos enfermeiros nos ambientes clínicos (COMMENDADOR; CHI, 2013).

Para maximizar os efeitos eficazes do uso de tecnologias educacionais na aprendizagem, os docentes devem considerar, antes da implementação, os resultados de aprendizagem esperados, as necessidades de aprendizagem e as preferências individuais dos alunos, a logística de implementação e o suporte técnico necessário. Com um planejamento cuidadoso, a experiência de ensinar em um ambiente virtual pode promover a aprendizagem ativa dos alunos (POSEY, 2013).

A utilização da hipermídia permitiu a complementação do conteúdo teórico fornecido em sala de aula, disponibilizou aos alunos materiais adicionais ilustrativos acerca da PVP, com vídeos e atividades complementares. Isto possibilitou a junção entre o conhecimento e a experiência do professor no ambiente acadêmico e a utilização de um ambiente virtual rico em ferramentas para o aprofundamento das técnicas para realização do procedimento (FROTA *et al.*, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ambiente virtual de aprendizagem é um recurso que otimiza a dinâmica da sala de aula, proporciona aos alunos melhor aproveitamento dos conteúdos teóricos que se tornam mais atrativos, personalizando sua aprendizagem à medida que podem acessar o ambiente em local e tempo, a critério de suas disponibilidades.

Este trabalho possibilitou apontar a importância da utilização de tecnologias educacionais, como uma hiper-mídia, na aprendizagem como um recurso possível de ser utilizado na formação dos estudantes. Os alunos do curso de graduação em enfermagem encontram-se motivados e dispostos a utilizarem os recursos da informática no ensino. No entanto, cabe a seus docentes a constante capacitação com a busca da qualidade do ensino. Isso mostra que o computador, embora sendo um instrumento versátil e poderoso, sua presença, por si só, não garante um processo educacional efetivo.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010. 280 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 19 mar 2015.
- CAMACHO, A. C. L. F. Abordagem necessária sobre design didático para disciplinas online na enfermagem: análise reflexiva. **Revista de Enfermagem da UFPE online**, Recife, v. 8, n. 1, p. 166-171, jan. 2014.
- CARDOSO, A. F. *et al.* Effect of a video on developing skills in undergraduate nursing students for the management of totally implantable central venous access ports. **Nurse education Today**, Philadelphia, v. 32, n. 6, p. 709-713, Aug. 2012.

COLACE, F.; DE SANTO, M.; GRECO, L. E-learning and personalized learning path: A proposal based on the adaptive educational hypermedia system. **International Journal of Emerging Technologies in Learning**, Vienna, v. 9, n.2, p.9-16, 2014.

COMMENDADOR, K.; CHI, R. Comparative Analysis of Nursing Students' Perspectives toward Avatar Learning Modality: Gain Pre-Clinical Experience Via Self-Paced Cognitive Tool. **Journal of Interactive Learning Research**, Waynesville, v. 24, n. 2, p. 151-166, Apr. 2013.

FROTA, N. M. *et al.* Construção de uma tecnologia educacional para o ensino de enfermagem sobre punção venosa periférica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto alegre, v. 34, n. 2, p. 29-36, jun. 2013.

_____. Hipermídia educacional sobre punção venosa periférica: perspectiva de acadêmicos de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.9, n.4, p.717-725, out./dez. 2014.

FRUET, F. S. O.; BASTOS, F. P. B. Interação mediada por computador: hipermídia educacional nas atividades de estudo a distância. **Conjectura**, Caxias do Sul, v.15, n.2, p.81-98, maio/ago. 2010.

GROSSI, M. G. R.; MORAES, A. L.; BRESEIA, A. T. Interatividade em ambientes virtuais de aprendizagem no processo de ensino e aprendizagem na educação a distância. **Arquivos Brasileiros de Educação**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.75-92, jan./jun. 2013.

HARIRI, A.; ROBERTS, P. Adoption of Innovation within Universities: Proposing and Testing an Initial Model. **Creative Education**, Irvine, v. 6, n. 2, p. 186-203, Feb. 2015.

HSU, L.-L.; HSIEH, S.-I. Factors affecting metacognition of undergraduate nursing students in a blended learning environment. **International Journal of Nursing Practice**, Malden, v. 20, n. 3, p. 233-241, Jun. 2014.

POSEY, L. Best Practices in Blended Learning: Snapshots from a Hybrid Bachelor of Science in Nursing (BSN) Program. In: HERRINGTON, J.; COUROS, A.; IRVINE, V. (Ed.). **Proceedings of World Conference on Educational Media and Technology**. Victoria: AACE, 2013. p. 350-355.

SCHEITER, K.; GERJETS P.; HEISE, E. Distraction during learning with hypermedia: difficult tasks help to keep task goals on track. **Frontiers in Psychology**, Lausanne, v. 5, n. 1, p.265-268, Mar. 2014.

SMYRNOVA-TRYBULSKA, E.; KOMMERS, P.; SIMMERLING, M. Editorial: special issue on competences and skills for teaching blended learning. **International Journal of Continuing Engineering Education and Life-Long Learning**, Genève, v.3/4, n.1, p. 213-218, June/Dec.2014.

TANAKA, R. Y. *et al.* Objeto educacional digital: avaliação da ferramenta para prática de ensino em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 603-607, set./out. 2010.

TÉTREAU, M. A. Leaving Home? Global Education Strategies. **Creative Education**, Irvine, v.2, n. 6, p. 115-126, June 2015.

XI. IMPACTO DAS ESTRATÉGIAS DIDÁTICO-PEDAGÓGICAS NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA DISCIPLINA METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, Antônia Waldiana Lima Leandro,
Larissa Tavares Ferreira, Mirna Albuquerque Frota, Maria Vieira Lima
Saintrain

1 INTRODUÇÃO

A arte de ensinar é uma prática que vem desde a formação do mundo, apresentando ela grande importância no que diz respeito à formação do ser humano como um ser social, cultural e pensante. A disciplina Metodologia do Trabalho Científica (MTC) é ministrada entre o primeiro e segundo semestres dos cursos de graduação na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). A disciplina MTC contém 4 (quatro) créditos, correspondendo a uma carga horária de 72 horas, e é ministrada nas modalidades presencial e a distância.

A finalidade da disciplina MTC é a inserção precoce do discente no processo de investigação científica, por meio do alcance dos objetivos: utilizar os métodos e técnicas de estudo individual e de grupo necessários à compreensão e análise de textos; analisar criticamente o conceito de ciência caracterizando os diferentes níveis de conhecimento; analisar o conceito de método, considerando sua gênese e tipos; caracterizar e entender os tipos de pesquisa, especifi-

cando seus traços essenciais e atitudes básicas; identificar e caracterizar os diferentes formatos de trabalho científico; e produzir um trabalho científico, utilizando as técnicas e métodos de construção e apresentação.

Mas, para o alcance destes objetivos, os atores – docente e discentes- têm sido desafiados pelas diversas razões: o discente recém-ingresso no ensino superior traz consigo o método de ensino-aprendizagem tradicional que ainda vigora em algumas escolas até o ensino médio, e até mesmo em outras no ensino superior, que consiste em ser mero receptor de informações e o docente, um transmissor. Este método impede a construção de um saber crítico e reflexivo, aprimorado de informações que contribuam para uma formação acadêmica de qualidade; em MTC, o discente, com assuntos desconhecidos e/ou densos, que o conduzem ao desestímulo, uma vez que a maioria *'não sabe ler ...não sabe aprender'*, porque não foi conduzida a adotar métodos adequados de estudo e de realização de uma análise crítica e reflexiva do material lido necessário à construção do conhecimento que fundamentará a sua formação profissional.

No entanto, na maioria das instituições de ensino superior (IES), incluindo as universidades, embora seus docentes possuam experiência significativa, e mesmo anos de estudos em suas áreas específicas, predomina o despreparo e até um desconhecimento científico do que seja o processo de ensino-aprendizagem, pelo qual passam a ser responsáveis a partir do instante em que ingressam na sala de aula (PIMENTA; ANASTASIOU, 2005, p.37).

Os métodos de ensino são formas que o docente utiliza para que o conteúdo exposto chegue ao discente de maneira clara, objetivando o melhor aproveitamento e en-

tendimento possível, além do desenvolvimento das capacidades cognitivas. “[...] se queremos efetivamente que nossa proposta pedagógica se traduza em resultados concretos, temos que selecionar ou construir procedimentos que conduzam aos resultados (LUCKESI, 2005, p.157).

Portanto, concorda-se com Freire (2001, p.71), ao afirmar que,

[...] ninguém lê ou estuda autenticamente, senão assume diante do texto ou do objeto da curiosidade, a forma crítica de ser ou de estar sendo sujeito da curiosidade, sujeito da leitura, sujeito do processo de conhecerem que se acha. Ler é procurar buscar e criara compreensão do lido [...].

Considerando que a vida contemporânea vem trazendo transformações econômicas e sociais em todo o mundo, devido principalmente ao avanço tecnológico e à globalização, essas mudanças exigem dos cidadãos novos comportamentos, principalmente no que diz respeito a inovações profissionais no que se relaciona ao preparo e a atitudes, além de mais qualificação profissional, independentemente do nível de escolaridade.

Na tentativa de romper com o paradigma da pedagogia tradicional, foram implementadas em MTC estratégias didático - pedagógicas (EDP) diversificadas e adequadas a cada conteúdo e articuladas com a realidade atual, com a finalidade de adotar métodos de ensino eficazes que suscitassem troca de informações, experiências e saberes entre os discentes. Assim, ao utilizar métodos que incutem nos discentes a

construção de um conhecimento de base, sólido, capaz de perpetuar-se além da vida acadêmica, oportuniza uma melhor qualidade de ensino e de aprendizagem, além de estreitar as relações interpessoais entre o docente e o discente.

Em relação à educação, as EDP fazem parte do processo de aprendizagem do discente, em que o educador utiliza maneiras para partilhar seus conhecimentos de uma forma clara e “garantir” que o conteúdo discutido seja entendido pelos discentes, produzindo assim o conhecimento, como a utilização em maior ou menor grau, dependendo da disciplina e do preparo do docente para empregá-las de diferentes formas, baseando-se sempre no contexto da realidade da sala de aula.

Para Petruccie e Batiston (2006, p. 263), a palavra estratégia esteve, historicamente, ligada à arte militar no planejamento de ações a serem realizadas nas guerras, e hoje em dia é amplamente empregada no ambiente empresarial.

Estratégias são maneiras previamente pensadas de se chegar a um determinado resultado, objetivando o sucesso. Através delas é possível agir e perseguir determinada meta. Antigamente, esse era um termo utilizado por militares durante a guerra para derrotar o inimigo; atualmente o termo estendeu-se, e é utilizado em todas as áreas, seja militar, empresarial, *marketing* e na área educacional.

No que diz respeito ao ensino, Anastasiou e Alves (2004, p. 61) afirmam que o termo estratégia consiste de meios utilizados pelos docentes na articulação do processo de ensino, de acordo com cada atividade e os resultados acreditados. Stacciarini e Espedião (2009) defendem a ideia de que tentar novas EDP parte do compromisso do educador que busca trocar a forma tradicional de ensino por uma nova maneira de formar profissionais.

Lenz (2006) defende a ideia de que o professor que utiliza estratégias atuais em sala de aula possibilita ao aluno uma melhor qualidade no processo de aprendizagem em sala de aula, além de formar um aprendiz pensante e não repetitivo na ação do educador.

Boruchovitch e Neves (2005) afirmam que a utilização de EDP melhora o desempenho acadêmico em termos de aprendizagem e desenvolvimento de um pensamento crítico, além de desenvolver a capacidade afetivo - motivacional do discente. Então, mediante o exposto, optou-se por este estudo com o objetivo de descrever o impacto das estratégias didático -pedagógicas no processo ensino-aprendizagem na disciplina Metodologia do Trabalho Científico.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), em Fortaleza/CE, com 46 discentes matriculados regularmente na Disciplina Metodologia do Trabalho Científico (MTC), no primeiro semestre letivo de 2013, que aceitaram participar da pesquisa. Ressalta-se que os discentes eram procedentes de vários cursos de graduação: administração, comércio exterior, ciências contábeis, direito, economia, enfermagem, educação física, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e terapia ocupacional.

Os dados foram coletados por meio de questionário, durante o mês de maio de 2013, e conteve os dados sobre as Estratégias Didático- Pedagógicas (EDP) implementadas em MTC, com vista ao Processo de Ensino- Aprendizagem (PEA). Os dados foram organizados em quadro e analisados com

base na literatura selecionada. Os dados qualitativos complementaram a análise dos dados quantitativos.

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Aos participantes foram assegurados o anonimato e o direito de retirar o consentimento no momento que desejassem. Os dados foram coletados após a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e da emissão do parecer favorável do Comitê de Ética. Para fins de manter o anonimato, identificaram-se os discentes pela letra D seguida da numeração de 1 a 46.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o processamento da análise, distribuíram-se os dados nos 5 (cinco) grupos de métodos de EDP, a saber: Exposição pelo Docente (ED); Trabalho Independente (TI); Resolução de Problemas (RP); Trabalho em Grupo (TG), e Habilidade Motora (HM).

Quadro 1 - Distribuições dos discentes segundo a aprendizagem desenvolvida mediante a aplicação dos métodos de EDP na Disciplina MTC. Fortaleza- CE, 2013. n=46.

Estratégias didático-pedagógicas	f%
<i>Métodos de exposição pelo docente (ED)</i>	
Exposição verbal dialogada	46100,0
Demonstração	46100,0
Ilustração	46100,0
<i>Métodos de trabalho independente (TI)</i>	
Fichamento	46100,0
Estudo dirigido	46100,0
<i>Método de resolução de problemas (RP)</i>	
Estudo dirigido	46100,0
<i>Métodos de trabalho em grupo (TG)</i>	
Painel	2555,2
Debate	2452,6
Estudo de textos	4292,1
Pergunta circular	3168,4
Tempestadamental	2963,1
<i>Método para habilidade motora (HM)</i>	
Demonstração	46100,0

Fonte: Autores.

De acordo com o Quadro 1, 7 (sete) entre as 12 (doze) EDP implementada sem MTC possibilitaram a aprendizagem entre os discentes (100,0%), de acordo com os métodos: ED - Exposição verbal dialogada, Demonstração e Ilustração; TI - Fichamento e Estudo dirigido; RP - Estudo dirigido; e HM - Demonstração. E as demais facilitaram a aprendizagem em uma variação percentual de 55,2% a 92,1%, e se integravam ao TG.

Para os discentes (100,0%), a Exposição verbal dialogada ou aula expositiva dialogada facilitava o PEA, porque possibilitava a participação ativa do discente, principalmente quando havia alguma experiência prévia como assunto a ser discutido. Este fato remete à contribuição de Eklund- Myrskog (1997), ao relacionar cinco categorias utilizadas pelo discente quanto ao propósito de sua aprendizagem, sendo

que a primeira foi considerada *abordagem superficial* e as demais, *abordagem profunda*.

Quadro 2 - Categorias de abordagens do aprender.

Número de ordem	Categorias utilizadas pelo discente	Propósito
1 ^a	Ler	Lembrar
2 ^a	Ler	Compreender e aplicar
3 ^a	Ler e associar à sua experiência	Compreender e aplicar
4 ^a	Ler e descrever com suas próprias palavras	Compreender e aplicar
5 ^a	Ler e procurar ter uma visão geral	Compreender e aplicar

Fonte: Eklund-Myrskog (1997)

“[...] as aulas expositivas dialogadas foram excelentes, com linguagem clara e objetiva, e o conteúdo oportuno para a aprendizagem [...]” (D1).

“[...] extremamente importante para a aprendizagem, pois o aluno interage no assunto e o professor dá uma abordagem [...] deixando assim o tema bem explorado, e deste modo, contribuindo para a nossa aprendizagem [...]” (D6).

“[...] embora eu não tenha participado ativamente da exposição, aprendi muito neste tipo de aula, inclusive com a participação dos colegas [...]” (D10).

“[...] as aulas deste modo foram boas, porque aprendi muito, mas a participação e a aprendizagem da gente ficam algo prejudicadas, quando o assunto é desconhecido para gente [...]” (D13).

Anastasiou e Alves (2004, p. 79) declaram que a aula dialogada com o docente instiga os estudantes a questionarem e debaterem o objeto de estudo a partir do reconhe-

cimento do confronto com a realidade. Esta técnica corresponde a uma abordagem direcionada para a formação de ideias e de conceitos firmados em perguntas e respostas, seguidas de mais perguntas.

No estudo dirigido, o aluno treina sua escrita e aumenta a habilidade de interpretar, tornando essa uma prática dinâmica e criativa (MARION, J.C; MARION, A.L.C., 2006, p. 42). Trata-se de uma análise crítica, na qual é feito um *link* com a realidade de uma leitura previamente estabelecida em sala de aula.

A técnica demonstração habilitou os discentes (100,0%) na busca de literatura científica para a construção de trabalhos acadêmicos, e conseqüentemente repercutiu na produção de novos conhecimentos.

“[...] muito importante, pois conhecemos outros métodos de fazer levantamento bibliográfico [...]” (D4).

“[...] despertou para a busca de novos conhecimento se dissipou muitas dúvidas que eu tinha sobre muitos assuntos [...]” (D6).

“[...] houve maior entendimento sobre muitos assuntos gostei e aprendi muito [...]” (D15).

Foram projetados dois vídeos para ilustrar o processo de produção do conhecimento científico, e deste modo possibilitou aos discentes a compreensão das etapas deste processo.

“[...] o filme mostra bem a questão da importância do conhecer [...] fez-me refletir sobre um assunto sobre o qual nunca havia pensado [...] contudo, a aprendizagem aconteceu mediante a discussão na sala de aula [...]” (D8).

“[...] o filme despertou um senso crítico e a partir do momento que passamos a perceber a sua tônica, fomos despertados para a busca de conhecimento [...] inclusive nos levou a refletir sobre a validade do que conhecemos para que busquemos novos conhecimentos [...]” (D9).

Concorda-se com Demo (2008, p. 27), ao afirmar que

o docente precisa corresponder à dinâmica inovadora do conhecimento, permanecendo atualizado, incluindo-se aí o manejo tecnológico para a docência. Não se trata apenas de usar o computador, mas de trabalhar adequadamente ambientes virtuais de aprendizagem, também para ser justo com os jovens. Se todos terão que ser fluentes nesta tecnologia na vida e no trabalho, o docente precisa abrir-se para novos desafios, em especial de novos textos, novos modos de estudar e interagir, novas fontes de informação e leitura, estudo e pesquisa, por mais que tudo seja naturalmente arriscado.

O fichamento e o estudo dirigido incentivaram os discentes (100,0%) à leitura e ao levantamento bibliográfico.

“[...] possibilitaram a elaboração de outros trabalhos nesta e em outras disciplinas, e orientaram sobre os métodos de estudo, facilitando a compreensão dos textos indicados para leitura[...]” (D8).

Dentre os TG, destacou-se o estudo de textos, contudo estas EDP contribuíram para o PEA, porque favoreceram a integração e a socialização do saber entre os discentes.

“[...] houve interação, integração e troca de ideias entre os colegas, facilitando a aprendizagem [...]” (D15).

“[...] o trabalho em grupo é muito importante, porque em muitas profissões se trabalha em equipe, portanto desde já devemos aprender a ouvir e respeitar e refletir sobre a opinião do outro [...]” (D7).

Demo (2008, p. 90) declara:

[...] trabalhar em grupo, ao contrário do que se supõe, é bem mais complexo e desafiador. Se fosse apenas para fazer festa juntos, seria mais fácil. Mas tomando a sério o repto de desconstruir e reconstruir conhecimento, a tarefa assume logo contornos bem mais exigentes. Primeiro, é claro que o trabalho de grupo só tem a ganhar se cada membro, individualmente, funciona bem, ou seja, pesquisa e elabora com dedicação. Segundo, o resultado grupal precisa refletir este percurso da qualidade individual agrupada, para não nivelar por baixo. Neste momento, a discussão assume seu devido lugar.

Não se trata de justapor ideias, fazer uma colcha de retalhos, mas de orquestrar uma sinfonia com menor dose de desafinação possível. Se o grupo for composto de integrantes inteligentes, exigentes, dedicados, os acordos podem ser mais demorados e, por vezes, doloridos, sem falar que serão também mais frágeis, porque somente consensos frágeis continuam abertos à aprendizagem. A autoridade do argumento sedimenta-se melhor, tornando-se, assim, um exercício pedagógico incomparável.

Aqueles discentes em que as EDP incluídas no TG não foram favoráveis ao PEA atribuíram este fato a si mesmos, por meio das justificativas: falta de participação, de compromisso, acomodação, receio na exposição de opiniões e desinteresse.

“[...] este tipo de aula teria sido produtiva se todos os alunos interagissem como professor [...] faltou interesse e participação da turma [...]” (D16).

“[...] não achei produtiva, porque nem todos dialogaram com o professor e com os colegas [...] e também foram poucas aulas assim [...] na maioria das vezes, na equipe, somente uns participavam do trabalho[...]” (D2).

A formação de subgrupos em sala de aula com o intuito de dar um caráter dinâmico à disciplina favorece a aprendizagem em conjunto e a interação entre os discente e entre estes e o docente (CAVALCANTE JUNIOR, 2004).

Luckesi (2005, p.157) declara “se queremos efetivamente que nossa proposta pedagógica se traduza em resultados concretos, temos que selecionar ou construir procedimentos que conduzam a resultados”. Ainda reitera seu pensamento quando fala que “o educador, como sujeito direcionador da práxis pedagógica escolar, deverá, no seu trabalho docente, estar atento a todos os elementos necessários para que o educando afetivamente aprenda e se desenvolva” (LUCKESI, 2005, p.119).

É importante a atualização constante das EDP pelo docente para que ele seja plenamente capaz de aplicá-las em sala de aula, a fim de facilitar de forma constante e eficaz a aprendizagem dos discentes, sempre como objetivo de qualificar o futuro profissional, sendo o educador um grande responsável por esse processo de formação.

Essas EDP são previamente estudadas pelo docente para que seja utilizada adequadamente no contexto da sala de aula, facilitando o PEA e estimulando a participação do discente para melhor absorção do conteúdo visto, garantindo a sua solidez. Por meio de um planejamento, é possível traçar estratégias adequadas, sendo assim fiel aos objetivos traçados para a prática docente em sala de aula, fazendo desse planejamento parte do processo de aprendizagem.

A arte de ensinar exige do docente um desafio diário na sala de aula em construir vínculo com os discentes, de forma que o PEA se dê de forma articulada, e que as EDP utilizadas alcancem o objetivo final, que é de fato a aprendizagem concreta.

Para Anastasiou e Alves (2004, p.14),

[...] o assistir ou dá aula precisa ser substituído pela ação conjunta do fazer aulas. Nesse fazer aulas é que surgem as necessárias formas de atuação do professor com o aluno sobre o objeto de estudo e a definição, escolha e efetivação de estratégias diferenciadas que facilitem esse novo fazer.

No decorrer do PEA deve existir uma real aproximação entre docente e discente, servindo de estímulo para uma apreensão do saber mais prazerosa, passando da relação vertical para horizontal. O docente coloca-se como um intermediário do conhecimento e não como o único dono da verdade absoluta. Ele partilha o conhecimento da sua ciência com os discentes.

O docente não deve preocupar-se somente com o conhecimento através da absorção de informações, mas também com o processo de construção da cidadania do discente. Para que isto ocorra, é necessária a conscientização do docente quanto ao seu papel de facilitador de aprendizagem, aberto às novas experiências, e que procure manter relação empática com os discentes, a fim de compreender os seus sentimentos e os seus problemas, e tentar levá-los à autorrealização.

“O educador, como sujeito direcionador da práxis pedagógica escolar, deverá, no seu trabalho docente, está atento a todos os elementos necessários para que o educando afetivamente aprenda e se desenvolva” (LUCKESI, 2005 p.119).

Portanto, pode-se atribuir como estes elementos necessários, as ações de “*docentes notáveis*” mencionadas por Cavalcante Júnior (2004, p.48) ensina com humor, valoriza o aprendiz com estrela principal, apresenta transparência de sentimentos, aprende com o aprendiz, exige e é flexível, avalia positivamente, incentiva a aprendizagem em grupo, utiliza tecnologia em educação e concebe a aprendizagem de forma vivencial.

4 CONCLUSÕES

A utilização de diferentes EDP em MTC possibilitou aos discentes o desenvolvimento do PEA, conseqüentemente de habilidades necessárias à construção de um pensamento crítico, por meio de diálogos fundamentados em leituras.

As EDP fortalecem o binômio docente- discente facilitando o PEA, apoiada sem princípios ético- humanistas, filosóficos, psicológicos e sociológicos. Ao discente, é oferecida a oportunidade de construir um diálogo relacional, em que a subjetividade se faz presente.

O uso de EDP não tradicionais leva à abertura de um processo particular e permite ao discente uma singular oportunidade para que entre em contato com seus sentimentos e suas reações diante do concreto e das incertezas.

No PEA é fundamental o emprego constante de diversas EDP como forma de resgatar o saber e desenvolver a máxima capacidade do discente, garantindo assim a sua aprendizagem.

Na sociedade atual, o desenvolvimento tecnológico vem crescendo de forma acelerada e dominando todas as vertentes da esfera social, não deixando de fora o meio

educacional. As mudanças acontecem em uma velocidade tamanha que traz para o docente o desafio de levar para a sala de aula novos métodos de ensino que sejam capazes de seduzir o discente de forma constante, levando-lhe conhecimento e vivências de acordo com o seu contexto.

Os resultados deste estudo possibilitarão um *feedback* em MTC, e conseqüentemente o planejamento desta para o semestre seguinte, com vista ao alcance de melhores resultados para os atores envolvidos – discentes, docente e monitores.

REFERENCIAS

ANASTASIOU, L. G. A.; ALVES, L. P. **Processo de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 3. ed. Joinville: Univille, 2004.

BORUCHOVITCH, E. C. E. R.; NEVES, E. R. Estratégias de aprendizagem: contribuições para a formação de professores nos cursos superiores. In: JOLY, M. C. R. A.; SANTOS, A. A. A.; SISTO, F. F. (Org.). **Questões do cotidiano universitário**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p.239-260.

CAVALCANTE JUNIOR, F. S. **Notáveis docentes**. 2. ed. Fortaleza: UNIFOR, 2004. 100 p. (Série Temas Pedagógicos).

DEMO, P. **O bom docente**. Fortaleza: UNIFOR, 2008. 150 p. (Série Temas Pedagógicos).

EKLUND-MYRSKOG, G. The influence of the educational context on student nurses' conceptions of learning and approaches to learning. **British Journal of Educational Psychology**, Malden, v. 67, n. 3, p.371-381, Sep.1997.

FREIRE, P. Carta de Paulo Freire aos professores. **Estud. Avaliação**, São Paulo, v. 15, n. 42, p. 45-57, maio/ago. 2001.

LENZ, B. K. Creating school-wide conditions for high-quality learning strategy classroom instruction. **Intervention in School and Clinic**, Las Vegas, v. 41, n. 5, p. 261-266, May 2006.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da educação**. 21 reimp. São Paulo: Cortez, 2005. 183 p. (Coleção magistério 2º grau. Série formação do professor).

MARION, J. C.; MARION, A. L. C. **Metodologias de ensino na área de negócios**: para curso de administração, gestão, contabilidade e MBA. São Paulo: Atlas, 2006. 128 p.

PETRUCCI, V. B. C.; BATISTON, R. R. Estratégias de ensino e avaliação de aprendizagem em contabilidade. In: PELEIAS, I. R. (Org.). **Didática do ensino da contabilidade**. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 263-313.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, 2005. 279 p. (Coleção docência em formação).

STACCIARINI, J. M. R.; ESPEDIÃO, E. Repensando estratégias de ensino no processo de aprendizagem. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n.5, p.59-66, dez. 2009.

XII. EL CENTRO DE SALUD COMO ESCUELA PARA LA SALUD

Ángel Pueyo Izquierdo, José Carrasquer Zamora, María Victoria Álvarez Sevilla, Adrián Ponz Miranda

1 INTRODUCCIÓN

Vivir con el Río es un proyecto de Salud Comunitaria que surgió en el Centro de Salud de Villed (Teruel, España) en el año 1992 con el propósito de abordar una serie de problemas generalizables a todos los pueblos que integran esa Zona de Salud. La necesidad surgió al comprobar el envejecimiento, la progresiva disminución de su población y una incidencia muy elevada de enfermedades graves. Y por otra parte una falta de reconocimiento por parte de sus habitantes y de las autoridades políticas y sanitarias provinciales, de la riqueza del patrimonio natural y cultural de su entorno, su progresivo deterioro y la influencia de éste en la salud.

Como apoyo y vehículo del proyecto se creó una Asociación Cultural con el mismo nombre y desde la constitución de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS) se integró como proyecto, lo que le permitió un reconocimiento oficial y una fuente parcial de financiación.

En este capítulo se presenta el proyecto y sus actuaciones, em/marcadas como propias de un Centro de Salud, haciendo patentes sus objetivos que se sitúan en la *Educación no Formal* según la clasificación de SUREDA (1990, p.13-14), dado que la programación de los mismos tiene en cuen-

ta objetivos educativos propios, también los programados por la Administración Educativa, pero no están programados por ésta última.

2 UN CENTRO DE SALUD RURAL

Es un espacio, un lugar donde se presta un servicio sanitario, la *Atención Primaria de la Salud*, que a su vez es el primer nivel de acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria. Por lo tanto es el primer lugar al que debe acudir toda persona que tenga un problema de salud o bien, quiera prevenir cualquier situación relacionada con ella. Los servicios sanitarios que presta se pueden resumir en cuatro apartados: Información y consejos de tipo sanitario y asistencial; servicio de atención domiciliaria cuando el estado de salud del paciente le impida acudir al Centro de Salud; atención continuada y actividades de prevención.

El equipo que lleva a buen término todos estos servicios por medio de su trabajo en el Centro de Salud está formado por *personal sanitario* (medicina y enfermería) y *personal no sanitario*.

Con el paso del tiempo en un Centro de Salud todas personas se van conociendo, y el/la médico deja de ser *personal sanitario* para convertirse en *mi médico de cabecera*, y el enfermero o enfermera en *mi enfermero* o *mi enfermera*. Esta personalización es el resultado de una atención sanitaria individualizada y basada en una relación de confianza. No es extraño que, cuando se afronta una remodelación de la Atención Primaria en una zona, surjan quejas y diversas molestias por cambio del Centro de Salud, de médicos, de enfermería, etc. Es una buena señal, es un claro indicio de

que ha surgido la confianza y la seguridad en la Atención Primaria.

Los Centros de Salud disponen de Unidades (habitualmente atendidas por un/a sanitario) para ayudar a resolver problemas específicos de Prevención de Enfermedades o de Educación para la Salud, tales como Unidades de Tabaquismo, Embarazo, Apoyo Psicológico, Diabetes, Alimentación, etc. El número de ellos y su actividad dependerá del tamaño del Centro y de las prioridades detectadas en él. Los sanitarios envían a estas Unidades a las personas que consideran les puede ser de utilidad la atención o los consejos de sus responsables.

3 EL CENTRO DE SALUD DEBER SER UN CENTRO DE ASISTENCIA SANITARIA, PERO TAMBIÉN UNA ESCUELA DE SALUD

La *Atención Primaria* debe incluir como una labor más a su actividad sanitaria la *Educación para la Salud*. Todas las personas deben saber reconocer los factores que determinan sus enfermedades y deben ser capaces de afrontarlos; es lo que se denomina *Estilos de Vida Saludables*, que no es otra cosa que el tener la habilidad de *esquivar* los problemas de salud y dar *esquinazo* a las enfermedades. Esta *Educación para la Salud* se debiera cultivar en la escuela y en el hogar familiar y ponerla en práctica durante toda nuestra vida recordándola y recuperándola regularmente en el Centro de Salud. Valentín Fuster en sus diversas publicaciones a menudo se pregunta, cómo es posible que en estas sociedades tan desarrolladas, en las que se dispone de los mejores tratamientos, de excelentes hospitales y mejores Centros de

Salud cada vez haya más enfermos diabéticos, hipertensos, obesos y cada vez mueran más personas por enfermedades cardiovasculares (FUSTER, 2006).

Fuster llega a la conclusión de que la acción más productiva es formar a los niños y niñas de entre cinco y diez años, son los más receptivos a la información que se les facilita, al arte de la Salud, a la importancia de estar sanos y a disfrutar de una buena calidad de vida.

Educar para disfrutar de buena salud se hace en los Centro de Salud desde hace muchos años, todo es cuestión de ser partícipes de ese pensamiento o filosofía y de poder motivarse para controlar la propia alimentación, practicar una actividad física y no practicar comportamientos que se consideran poco saludables como fumar, consumir en exceso bebidas alcohólicas, etc. y saber disfrutar de todo aquello que nos rodea. En esencia este es el arte de la salud.

En determinadas ocasiones la salud, calidad de vida, viene determinada por factores intrínsecos, información genética propia, la herencia de nuestros progenitores, o por factores extrínsecos, unas condiciones ambientales, sociales y económicas determinadas. Es en estos últimos casos donde la Atención Primaria adquiere una importancia relevante.

Pero la falta de tiempo, tal vez también la falta de formación o planificación, ocasiona que esta Educación Sanitaria esté incorporada en la labor asistencial diaria de una forma demasiado *cinematográfica*: El sanitario proyecta la enfermedad sobre una pantalla imaginaria y a partir de ese momento el paciente pasa a ser un simple espectador, conoce y ve su enfermedad, el tratamiento que debe seguir y los cuidados que debe cumplir para prevenir posibles complicaciones. Este planteamiento del arte de la motivación,

educación, y la implicación del paciente requieren nuevas consultas y mucho más tiempo, que en un sistema sanitario complejo y masificado es difícil de encontrar.

El Centro de Salud ofrece a todos el poder disponer de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener la salud a través de un acceso justo a los recursos sanitarios. Si bien el Centro de Salud ofrece, los recursos son limitados y el abuso de unos pocos puede provocar que en ocasiones no sea tan justo para todos los demás. Por lo tanto la educación también debe ir dirigida a lograr la racionalidad en el uso de estos servicios.

4 EDUCAR EN COMPORTAMIENTOS

La *Educación para la Salud* es educar en comportamientos y actitud hacia la vida. Pero, ¿cómo se educa en comportamientos? Por suerte no se sabe. Las técnicas que pudieran servir para conseguir que una persona se comporte como a unos colectivos les parece bien, también podrían ser utilizadas para que otros consiguieran un comportamiento diferente y que les pareciera mejor para sus intereses.

Actualmente el constructivismo, como teoría psicopedagógica nos ofrece la mejor alternativa para entender cómo se aprenden los conceptos. También se acepta que los contenidos, conceptuales y los procedimientos, que una persona conoce para afrontar la vida diaria, fundamentan su comportamiento pero no siempre lo condicionan. Existe un amplio consenso en considerar que lo que una persona sabe, es fundamental como primer requisito para alcanzar unas actitudes, una tendencia al comportamiento, que basadas en el propio respeto de la persona y también en la va-

loración del ambiente donde se desarrolla su vida, se traduzcan en hechos a favor de las personas, de su salud, y también a favor del medio donde viven, su conservación.

GÓMEZ-GRANELL (1988), argumenta acerca de la necesidad de que cada persona alcance un conocimiento significativo del funcionamiento de la naturaleza, e indica que es más probable que las personas defiendan su ambiente si comprenden su relación con el entorno.

La salud, en toda la amplitud de su significado, depende de las propias personas y de su relación con el ambiente. El conocimiento del propio cuerpo, de la persona, de los seres vivos e inertes, así como del resto de factores que condicionan el funcionamiento del medio, ayuda a decidir con libertad las actitudes ante la propia persona, pero también ante los comportamientos en relación al ambiente.

La Educación Ambiental, también con una amplitud de significado amplia (USÓ; CARRASQUER, 1998), tiene mucho que ver, si no lo es todo, con el equilibrio entre las personas, su modo de ver el mundo y la interpretación de todo aquello que les rodea.

TERRADAS (1979, p. 30), remarca la idea de una educación *por* la naturaleza, en un cambio progresivo de la enseñanza *de* la naturaleza. Este autor ya adelantaba el intento por parte de diversas corrientes europeas, fundamentalmente francesas, de globalizar el concepto de ambiente y por lo tanto el de la Educación Ambiental, cambiándole incluso de denominación y llamarla Educación Mesológica, perdiendo el sentido inicial de predominio de aspectos ecológicos, a favor del tratamiento de los socioculturales. El paso del tiempo ha jugado a favor del enfoque mesológico si bien se ha mantenido la denominación de Educación Ambiental.

Las actitudes *a favor del medio* (SUREDA, 1990, p. 24-33) se erigieron en el último cuarto de siglo pasado como uno de los valores globales en los que amplios grupos sociales centraban sus esfuerzos educativos. Este autor, remarca la importancia de los conocimientos relacionados con la Ecología como *factor de cohesión* de la gran cantidad de contenidos multidisciplinares, que deben de converger a la hora de plantear y trabajar problemas concretos reales. Es decir, la trascendencia del *conocimiento del entorno inmediato*.

Otros autores también insisten en que el conocimiento es uno de los más poderosos motivadores del comportamiento, del campo afectivo (KINSEY, 1984). Pero el conocimiento, condición necesaria, no es suficiente para lograr un comportamiento acorde a lo que se pudiera esperar, es decir el objetivo que se pretende con la Educación para la Salud. Para poder lograr alcanzar ese comportamiento pretendido, diversos autores proponen llevar a cabo actividades que además del aprendizaje de los conocimientos, también incluyan la realización de las actividades que se pretende se interioricen.

Acerca del aprendizaje basado en actividades prácticas como un excelente clarificador de valores escribe Caduto. Las actividades de campo además de facilitar el aprendizaje de contenidos conceptuales y procedimentales, permiten que las personas sean conscientes de sus propios valores y de sus actitudes ante situaciones concretas,

Este tipo de estrategia, en la que el alumno [léase ciudadano] se ve involucrado de manera directa, tiene la ventaja de que posibilita la utilización, por parte del mismo, de su

propio nivel de razonamiento moral [léase ético]. Un amplio debate, una vez finalizada la experiencia, es esencial para conseguir unos logros concretos a partir del compromiso moral [léase ético] implícito en la experiencia (CADUTO, 1992, p. 24).

Por otra parte tampoco es suficiente el conocimiento sobre el medio. Según el mismo autor, para lograr unas conductas y unos valores ambientales fuertes son necesarios los *conocimientos*, las *emociones* y las *acciones*. (CADUTO, 1992)

A la hora de valorar la imposibilidad de la correspondencia automática y funcional entre conocimientos y comportamientos es preciso tener en cuenta lo que ha sido una constante en toda la historia de la humanidad y en especial en el último siglo: La modificación y alteración del entorno a gran velocidad. La capacidad de modificar nuestro entorno gracias al desarrollo de armas, máquinas, industria, etc., no ha tenido una evolución paralela de mecanismos de inhibición y control de uso (LORENZ, 1975), ni con la especie humana, ni con las demás, ni con el medio donde se desenvuelven.

Para Lorenz a lo largo de la historia evolutiva de una especie animal determinada, ésta puede haber desarrollado armas que sean una buena herramienta de defensa o ataque contra individuos de otras especies; pero también podrían ser utilizadas contra los de su propia especie. Por ello, para que estas armas se puedan considerar eficaces para la especie, de manera paralela, la especie ha tenido que desarrollar también mecanismos de inhibición para impedir el uso de dichas armas con los individuos de su especie y así no poner en peligro su propia supervivencia.

También Gómez-Granell (1988) y en concreto en palabras referidas a las personas afirma que el hombre, debido al desarrollo científico y el consiguiente tecnológico, ha alcanzado un gran potencial de intervención y alteración de la naturaleza. Sin embargo la rapidez en la evolución, ha impedido que simultáneamente se configuraran los mecanismos de inhibición que fueran capaces de controlar esa intervención en contra del propio medio, lo que repercute de forma negativa sobre la propia especie y su entorno.

Para esta autora, esta situación requiere soluciones complejas en las que intervengan diversas instancias, dado que el propio problema entronca con la misma genética de la especie humana consecuente con los procesos evolutivos. Se pregunta al igual que lo hacía Lorenz, si la especie humana será capaz de controlar su propio progreso.

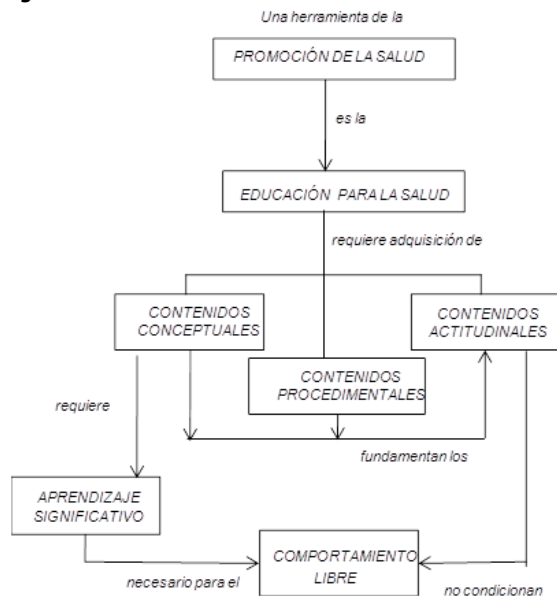
Caurín (1999) en su tesis doctoral acerca del análisis, evaluación y modificación de actitudes en Educación Ambiental, concluye que el aprendizaje de los contenidos conceptuales, aunque sea de forma significativa, en sí mismos, producen cambios poco significativos en las actitudes, no las condicionan, de la misma manera que tampoco se lograrán avances notables si se incide solamente en la realización de actividades encaminadas a lograr cambios en las actitudes. Para este autor,

El cambio se produce cuando se combinan adecuadamente los conceptos y las actividades, es decir, cuando a las nociones teóricas de los conceptos, se le añaden las aplicaciones prácticas de las actividades. En resumen, un tratamiento exclusivamente científico ayuda a mejorar la actitud crítica un poco. Pero si esos

conocimientos fueran aplicados [...] a situaciones concretas, es decir donde hubiera que trabajar una actitud determinada, la mejoría es mucho mayor. (CAURÍN, 1999, p. 399).

Es decir, parece necesario trabajar las actitudes, no desde lo abstracto, sino desde ejemplos concretos, tales como en el desarrollo de actividades que requieran un aprendizaje significativo de contenidos que deban ser aplicados para clarificar actitudes y concretar comportamientos ante problemas cercanos a las personas.

Figura 1 – Promoción de la Salud.



Fonte: Carrasquer (2002, p.36).

En los comportamientos tienen una implicación directa los contenidos actitudinales; pero hoy por hoy, se desconocen todos los condicionantes que configuran el comportamiento de una persona. Lo que sí parece fundamental es que sin un aprendizaje significativo de los contenidos conceptuales y procedimentales relacionados con una temática concreta, el comportamiento respecto a asuntos relacionados con esa temática, no es libre, ya que se desconoce parte de la información relevante para tener unas actitudes que conduzcan a unos comportamientos determinados. En el esquema anterior se refleja la idea de que sin un aprendizaje significativo de los contenidos conceptuales no son posibles unos comportamientos *libres*, en el sentido de ser unos comportamientos no dirigidos por mensajes conductistas, tanto desde ámbitos consumistas como conservacionistas.

5 UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE UN CENTRO DE SALUD

En el año 1974 Marc Lalonde, Ministro de Sanidad y Bienestar Social de Canadá hizo público un informe titulado *Una nueva perspectiva sobre la salud de los Canadienses* (LALONDE, 1974). En este informe, políticamente bastante comprometido, sostenía que la medicina y el sistema de Atención Sanitaria de su país desempeñaban un papel escaso en el estado de salud y presentaba una estrategia fundamental para la mejora de la salud y la calidad de vida de sus ciudadanos a la que denominó como *Healthfield*.

Tras la Carta de Ottawa la Promoción de la Salud iba a adquirir el primer reconocimiento internacional y ya se define a la Promoción de la Salud “como un proceso que va a

permitir a las personas ejercer un control sobre los determinantes de la salud para poderla mejorar” (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1986).

La RAPPs cumplirá veinte años de existencia en el año 2016. Su planteamiento fue pionero en España en la formación en Promoción de la Salud basada en proyectos. Inicialmente y desde 1986 a 1991 se llevó a cabo un Programa Experimental de Educación para la Salud en la Escuela, para integrarla en los centros docentes.

En GALLEGO *et al.* (1991, p. 19), se habla de los distintos ambientes que *constituyen el universo de la infancia y la adolescencia*; son la escuela, los servicios sanitarios y la familia. Asimismo se afirma que si algo ha caracterizado a este universo es su *separación*, su trabajo independiente, que en ningún caso ayuda al objetivo que cada uno persigue por separado. La primera trabajando desde un punto de vista higiénico; los segundos fundamentalmente preocupados por la salubridad de las instalaciones docentes y del crecimiento de los niños y niñas para detectar alteraciones. Pero en ambos casos el planteamiento inicial es modificado por la gran influencia de los factores ambientales provocados por las personas,

[...] através de un uso incontrolado de sustancias nocivas, por un comportamiento expoliador hacia la naturaleza y por un cambio rápido de las relaciones sociales y familiares que han hecho menos acogedor y bastante más complejo el ambiente de la vida. (GALLEGO *et al.* 1991, p. 20).

Otro aspecto en el que es difícil de ponerse de acuerdo es en la asunción de responsabilidades, respecto a dónde y quién debe encargarse de trabajar unos contenidos u otros, de los implicados en la Educación para la Salud (TALAVERA; GAVIDIA, 2013).

5.1 LaRed Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS)

La RAPPS se crea en 1996 con el objetivo de facilitar la extensión de la Promoción y Educación para la Salud en Aragón y pretende ser la herramienta aglutinadora de los grupos de trabajo multidisciplinares que desarrollan proyectos de Educación y Promoción de la Salud desde distintos ámbitos. Como antecedentes de esta nueva iniciativa del Gobierno de Aragón han existido el *Programa Experimental de Educación para la Salud en la Escuela* (1986-1991) y el *Plan de Apoyo a programas de Educación para la Salud* (1990-1995).

Los objetivos de esta red se centran en identificar proyectos que se llevan a cabo desde distintos sectores de la Comunidad Autónoma; fomentar la creación de nuevos equipos intersectoriales e interdisciplinares que lleven a cabo nuevas experiencias de Promoción de la Salud; facilitar la innovación y la gestión e intercambio de los avances producidos entre los equipos integrados en la Red, ofreciendo asesoramiento y seguimiento de los técnicos.

Los centros promotores y los temas abordados son muy variados. Participan centros educativos, centros sanitarios, servicios sociales, asociaciones y recursos comunitarios, zonas veterinarias, ayuntamientos, etc. Los contenidos, Salud mental, Ayuda mutua, Prevención de drogodependen-

cias, Alimentación y nutrición, Desarrollo rural, Sexualidad, Integración social, etc.

Los proyectos se basan en la participación de la comunidad, adaptados a su contexto y apoyándose en la experiencia de las personas que conforman cada grupo como forma de desarrollo personal y de participación social. Para ello es necesario y previo, el análisis crítico de los problemas de salud y la búsqueda de soluciones de forma conjunta (GRANIZO; GALLEGO, 2007).

5.2 El proyecto *Vivir con el Río* (1992)

Vivir con el Río es un proyecto comunitario basado en la participación de la población y que aborda el cuidado del ambiente como un instrumento para mejorar la salud de una comunidad. Tiene como principal objetivo informar a toda la población de la relación que hay entre la salud y nuestro ambiente, buscando su implicación, creando iniciativas y proyectando actividades para animar social y culturalmente nuestros pueblos, en franco envejecimiento y regresión poblacional.

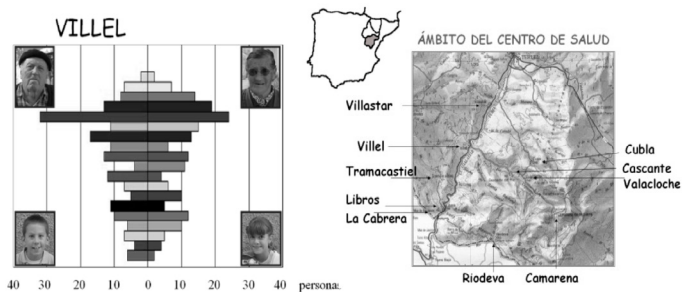
Vivir con el Río es un Proyecto de Educación para la Salud, de Salud Ambiental, que desde 1992 se viene desarrollando en España, provincia de Teruel, el Área de Salud de un pueblo llamado Villel. Esta Área de Salud está integrada por un total de diez pueblos al sur de la provincia que tienen como eje natural y vital el río Turia. *Vivir con el Río* también es una Asociación Cultural que nació con y por el Proyecto de Educación para la Salud Ambiental.

Los diez pueblos los que integran la Zona de Salud de Villel son poblaciones pequeñas, aisladas y escasamente ha-

bitadas. Son un total de 2000 habitantes, siendo la mayoría de ellos de edad muy avanzada. Desde el punto de vista geográfico los pueblos se sitúan en una zona montañosa, por encima de los 800 metros de altitud sobre el nivel del mar y regada por el río Turia y algunos de sus afluentes; pequeñas huertas bordean los ríos o riachuelos en las proximidades de las zonas habitadas. Abundan las zonas despobladas de vegetación, debido a la acción humana pero también subsisten bosques, pinares, robledales y sabinars entre los que surgen fuentes y rincones *de cine*. También se encuentran endemismos vegetales únicos en el mundo como el crujiente aragonés, *Vella pseudocytisus* subsp. *Pau* (DOMÍNGUEZ; GUZMÁN; MORENO, 2011).

Pero algo falla cuando, en un entorno que debería ser tranquilo y bucólico, se repite continuamente una soledad demasiado amarga por el desarraigo de sus gentes, el desinterés social y político, una salud muy dañada por la vejez y la compañía siempre dolorosa de enfermedades muy concretas como determinados cánceres.

Así, lo primero que se advierte, posiblemente por tenerlo muy cerca, son los grandes inconvenientes que genera el río Turia al pasar junto al Centro de Salud. El río atraviesa el pueblo pero nadie quiere verlo, sólo se utiliza como basureo o bien se aprovechan de él para regar los chopos, porque las patatas y otras verduras no salen bien paradas; hasta las ovejas corren peligro si beben sus aguas en ciertas épocas del año. Igualmente se puede decir de los olores y cambios de color.

Figura 2 –Ambito del centro de salud


Es un lujo tener un río como vecino y sin embargo se convierte en una carga. ¿Porqué no podría ser el río uno de esos posibles agentes causales de las enfermedades detectadas? Atrae el hecho de hacer de investigadores, pero es tal el desinterés que se aprecia en toda la gente por un río sucio que resulta difícil iniciar cualquier proyecto. Sin embargo ante esta situación es posible vislumbrar cual debe de ser el plan de trabajo inicial: Promocionar la *Salud Ambiental*, para que los habitantes valoren todo aquello que le rodea, su medio, incluido el río, como algo que va a condicionar el vivir mejor o el desaparecer.

5.2.1 Un proyecto educativo desde un Centro de Salud

El tema central del proyecto es el río y desde el río. Aunque sólo sea un accidente físico, a partir de él se abordan todas las facetas de la vida:

- El ocio. El río debe ser un reclamo turístico para promocionar los pueblos, debe formar parte del tiempo libre, de las fiestas, etc.

- La alimentación. El río debe regar la huerta y la calidad de los alimentos dependerá en parte de la calidad de sus aguas.

- La salud social y ambiental. Las aguas residuales que se generan o las basuras que se tiran, llegan a otras localidades. Se habla de una Salud Social donde el respeto y la educación son una pieza clave. El río une unas localidades que sufren las mismas desventajas, es cuestión de unir esfuerzos para defender la Salud.

- Salud y enfermedad. La enfermedad suele poner en contacto al médico y a la población. Lo que se pretende es llegar a la Salud directamente, utilizando a los mismos protagonistas, población y sanitarios.

Al hablar de ambiente, nos referimos al escenario donde se desarrolla nuestra obra vital y dependiendo de nuestro grado de implicación se habla de simples espectadores o de actores ambientales. La proyección cinematográfica de la enfermedad, de la que se ha hablado anteriormente, y que la labor asistencial de un Centro de Salud utiliza para desarrollar la Educación Sanitaria no sirve para trabajar un proyecto ambiental de Promoción para la Salud como es Vivir con el Río. La proyección cinematográfica debería ser tridimensional, no vale una pantalla plana, ni un escenario al otro lado del público. Todo el cine es un escenario, no queremos espectadores, queremos actores ambientales, artistas de la salud. Como conclusión, es necesario sacar la consulta médica a la calle.

El Centro de Salud en colaboración con el Consejo de Salud de Zona y las diversas asociaciones culturales, diseña actividades dirigidas a toda la población, que van a ser una

buena excusa y una ocasión para *plantar* ideas, discutir las, adquirir nuevos conocimientos, aprender a colaborar y saber cómo comunicarnos; y finalmente tener el valor y el atrevimiento de saber defender lo que es de todos, nuestra salud.

Toda esta trama que conlleva el desarrollo de las actividades de Proyecto Vivir con el Río lo que realmente consigue es generar una red social, pero no una red creada por *otros* para conseguir un beneficio (en la actualidad hay muchos ejemplos de éstas), sino una red social creada por los interesados para un beneficio mutuo. No es una red social que atrapa, es una red que comunica.

Se dice que las personas somos el ser vivo social por excelencia; otros seres vivos también son sociales. Entre unos y otros hay una diferencia fundamental, la inteligencia. Los otros trabajan por la especie y las personas trabajan por el individuo, tal vez por la familia, pueblo, comunidad, país, ..., ¿pero, hasta dónde? En nuestra sociedad si no hay redes funcionales, de las que comunican, ¿qué queda de ese ser social? Toda aquella acción destinada a promover salud debe centrar su apoyo en restablecer las redes sociales creadas por los usuarios de la red.

5.2.2 Objetivos

Los objetivos prioritarios del Proyecto Vivir con el Río se centran en buscar la implicación de las personas, mejorar nuestros pueblos a través de nuestra participación (Consejo de Salud y Asociaciones Culturales). Crear iniciativas y proyectar actividades para animar social y culturalmente nuestros pueblos, promoviendo en todo momento inquietudes

sanas. Informar a toda la población de la importancia que tiene el entorno ambiental en la salud de una comunidad. Informar a los Ayuntamientos, Mancomunidad y Administración de lo prioritario que debe ser el afrontar la mejora de nuestro ambiente para aumentar la calidad de vida de la comunidad.

5.2.3 Metodología

El Proyecto se sustenta esencialmente en actividades comunitarias en las que se pretende: Llamar su atención, comunicar una información sanitaria y ambiental dentro de un contexto participativo y lúdico, donde las personas se sientan más actoras que espectadoras, consiguiendo su implicación.

Para llamar su atención se cuida y se trabaja con mucho tiento el soporte publicitario, para que sepa siempre estimular sus sentidos: Carteles llamativos, trípticos informativos para cada actividad, acceso a todos los medios de comunicación y, por supuesto, contactar directamente con los interesados en su casa, en el Colegio, Ayuntamiento, Iglesia, calle, etc., en su ambiente. La información sanitaria y ambiental que se transmite debe ser creíble, ajustada a nuestro entorno y fácil de entender, sin olvidarnos de los mensajes publicitarios, cargados de eslóganes y palabras motivadoras, extraídas del lenguaje coloquial, tal como se hace en esta presentación.

6 MEDIDAS DE CRISIS A FAVOR DE LA SALUD

Decía la Organización Mundial de la Salud (OMS) a mediados del siglo pasado que la salud era un *estado* (con minúscula, del verbo estar) *de bienestar físico, psíquico, social* [y ambiental]. Esta definición muy bien podría corresponder a un *estado de felicidad*, ya que se es feliz cuando se está sano y viceversa. Si es verdad que la OMS considera que la salud es un derecho, todos tenemos derecho a ser felices, con la anterior definición o con otra, *ser capaces de ser felices*.

Algunos lugares y sus habitantes siempre están en crisis. *Por si las moscas*, el Estado del bienestar (con mayúscula, el Estado de la nación) organiza *Sistemas Sociales*, para poder cumplir con las obligaciones que supone el derecho del ciudadano a disfrutar de buena salud; han organizado un sistema de *talleres de reparaciones* que intentan arreglar los desajustes que ocasiona la enfermedad, estamos hablando de Hospitales y Centros de Salud. Sin embargo los que más entienden de estas cosas sanitarias consideran que lo más eficaz es la prevención, *¡Más vale prevenir que curar!* Si todos nos implicamos en nuestro cuidado, viviremos más sanos y muchos más años, usaremos menos los *talleres*, gastaremos menos y estaremos más felices, es cuestión de aplicarnos más en la salud, en nuestra salud.

Otras palabras de Fuster (2006, p. 14) "Dedicamos casi todas nuestras energías a tratar de curar personas que ya están enfermas pero a lo mejor lo más útil que podemos hacer por la salud de los ciudadanos es ayudarles en primer lugar a no caer enfermos".

Periódicamente las sociedades se sumergen en crisis económicas-sociales-políticas-laborales (la red que atrapa

está bien tejida) y algunas cosas más. Suelen decir que son mundiales pero no explican con claridad los motivos de estos desastres; tampoco que no es para todos, lo que unos pierden otros lo ganan. Lo que más *fastidiaes* que para que unos pocos se enriquezcan muy rápidamente, la mayoría tenga que padecer paro, pobreza y preocupaciones. No se entiende pero aquí está y todos los días nos lo recuerdan los medios de comunicación, parecen las sirenas que anuncian la llegada de los bombarderos que, no hace muchos años, acechaban las ciudades en tiempos de guerra.

Las crisis producen en nuestra sociedad una enfermedad, una epidemia de miedo, que se traduce en ansiedad, nerviosismo, tensión, inquietud, y muchas más palabras y términos médicos que en el fondo nos transmiten mucha inseguridad. ¿Qué se puede hacer? El sonido machacón de las sirenas anunciando tantos desastres económicos-laborales resulta bastante agobiante. Es difícil tratar a todos a la vez si realmente no hay vacunas para el miedo, pero sí que podemos utilizar algún remedio casero; aquí van tres:

-Hay un jarabe que utilizado cada ocho horas produce efectos muy beneficiosos. Es el jarabe de *la generosidad*, sienta muy bien y apenas tiene contraindicaciones.

-Tenemos unas inyecciones que potencian y aceleran la curación. Son las inyecciones de *la responsabilidad*. En ocasiones, y depende de qué personajes, se requerirá el ingreso hospitalario para inyectárselas en vena. Es muy llamativo el cambio de aspecto de nuestro en-

torno, adquire un color muy sano con bastante rapidez.

-Siempre que vienen tiempos de crisis es conveniente *graduarse la vista*. Se mira muy poco el espacio que nos rodea y apenas se ve una palmo más allá de nuestras narices. Una buena revisión de nuestra vista evita caídas y enfrentamientos inútiles.

7 POSTPRODUCCIÓN

Veinte años de implicación de los habitantes de los pueblos en el Proyecto, de colaborar en la realización de las actividades, de implicar a los menos motivados, a los menos felices; veinte años en los que la palabra *río*, ha sido y continúa siendo un resorte para levantar la mano, para participar; la palabra clave, *credibilidad*. Con la mente exclusivamente sanitaria se busca el síntoma guía que indique al culpable para acertar con el tratamiento eficaz, pero no se mira más allá. En Promoción de Salud y Participación Ciudadana es preciso levantar la cabeza y ver, no solo nuestro horizonte, sino muchos más horizontes.

En el Proyecto *Vivir con el Río*, los actores, el escenario, dos mil personas, diez pueblos, muchos kilómetros cuadrados, *se creen* su papel, el mensaje que nadie les ha intentado imponer. Simplemente se han planificado y se han diseñado actividades para que todos fueran partícipes, actores en su ambiente y sobre todo *para* su ambiente, motor de la participación.

Las actividades son la excusa, la ocasión, el escenario para juntarse y a partir de ahí, *plantar* ideas, colaborar, comunicar, discutir, conocer y esencialmente tener y adquirir

valor y atrevimiento para lo que haga falta, como asumir el derecho a reclamar, solicitar, exigir un río limpio. *La salud no debe tener contraindicaciones*. No hay postproducción, no se vende nada.

REFERENCIAS

CADUTO, Michael J. **Guía para la enseñanza de valores ambientales**. Madrid: Los Libros de la Catarata, 1992. 106 p. (Serie de Educación Ambiental, 13).

CARRASQUER, José. **Análisis del concepto ecológico de descomponedores en la Enseñanza Secundaria**. 2002. 346 f. Tesis (Doctorado en Ciencias Experimentales)– Departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentales, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, 2002.

CAURÍN, Carlos. **Análisis, evaluación y modificación de actitudes en Educación Ambiental**. 1999. 473 f. Tesis (Doctorado en Didáctica de las Ciencias Experimentales)- Facultad de Biológicas, Universidad de Valencia, Valencia, 1999.

DOMÍNGUEZ, Felipe; GUZMÁN, David; MORENO, Juan Carlos (Ed.). **Biología y conservación de Vella pseudocytisus subespecie Paui, una planta amenazada en Aragón**. Zaragoza: Consejo de Protección de la Naturaleza de Aragón, 2011. 308 p. (Serie Investigación, 56).

FUSTER, Valentín. Investigar en prevención: lo que el corazón necesita hoy. **Siete días médicos**, Barcelona, n. 647, p. 14, oct. 2005.

_____. **La Ciencia de la Salud: mis consejos para una vida sana**. Barcelona: Planeta, 2006. 316 p.

GALLEGO, Javier *et al.* **Educación para la Salud**: propuestas para su integración en la escuela. Zaragoza: Ministerio de Educación y Ciencia, 1991. 199 p.

GÓMEZ-GRANELL, Carmen. Interacción y Educación Ambiental: representaciones infantiles. In: MORENO, M. *et al.* **Ciencia, Aprendizaje y Comunicación**. Barcelona: Laia, 1988. p. 53-75.

GRANIZO, Cristina; GALLEGU, Javier. **Criterios de calidad de la red Aragonesa de Proyectos de promoción de Salud**. Zaragoza: Gobierno de Aragón, 2007. 78 p.

KINSEY, T. G. *et al.* The effects of an environmental studies course on the defensibility of environmental attitudes. **Journal of Research in Science Teaching**, Champaign, v. 21, n. 7, p. 675-683, oct. 1984.

LALONDE, Marc. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. 77 p. Disponível em: < <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2015.

LORENZ, Konrad. **Hablaba con las bestias, los peces y los pájaros**. Barcelona: Editorial Labor, 1975. 238 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Carta de Ottawa**: primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2015.

SUREDA, Jaume. **Guía de la Educación Ambiental**: fuentes documentales y conceptos básicos. Barcelona: Anthropos, 1990. 271 p.

TERRADAS, Jaume. **Ecología y educación ambiental**. Barcelona: Ediciones Omega, 1979. 75 p. (Cuadernos de Biología).

TELAVERA, Marta; GAVIDIA, Valentín. Percepción de la Educación para la Salud en el personal docente y sanitario. **Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales**, Valencia, n. 27, p. 115-129, 2013. Disponível em: <<http://ojs.uv.es/index.php/dces/article/viewFile/2569/3315>>. Acesso em: 19 maio 2015.

USÓ, Francisco; CARRASQUER, José. Algunas consideraciones sobre la utilización del concepto "Medio Ambiente". **A tres Bandas**, Tarragona, n. 21, p. 2-6, feb./jun. 1998. Disponível em: <<http://catedu.es/atresbandas/pdf/Tres%20Bandas%2021.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2015.

XIII. IMPACTO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS NO CURSO DE ENFERMAGEM

Jessica Rodrigues Brito, Raimundo Tavares de Luna Neto, Josué Barros Júnior, Jarlildeire Soares Freitas, Kerma Márcia de Freitas, Raimunda Magalhães da Silva

1 INTRODUÇÃO

O ensino da enfermagem, desde a sua institucionalização, vem enfrentando diversos desafios, dentre os quais aparecem o rompimento com a ótica de um cuidar desprovido do olhar crítico e reflexivo, embasado apenas na técnica. Escolas de Enfermagem de todo o país procuram adotar medidas e repensar suas formas de ensino na tentativa de se adaptar ao que preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais para que cada vez mais se formem enfermeiros competentes e que estejam preparados para lidar com a demanda do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto profissionais.

A enfermagem institucionalizada na Inglaterra no século XIX por Florence Nightingale, e no Brasil, no início do século XX, com a figura principal de Ana Néri, possui sua origem desde os tempos primitivos, em que o cuidar se evidenciava como um instinto natural do ser humano. Quando alguém se encontrava com alguma afecção, logo recebia cuidados de outrem (geralmente mulheres) e que era reflexo apenas da garantia de conservação da própria espécie. Só a partir da institucionalização, o saber de enfermagem foi organizado, sistematizado e ganhou caráter científico, dando origem à Enfermagem moderna (GEOVANINI *et al.*, 2010).

Nesse contexto, a primeira escola de enfermagem brasileira teve sua origem na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1922, e denomina-se, hoje, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – EEAP, pertencendo atualmente à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO (SEVERO; SIQUEIRA, 2013). A formação profissional estabelecida nesta escola estava em conformidade com os moldes das escolas francesas. O curso tinha duração de dois anos e o currículo abordava aspectos básicos da assistência hospitalar, predominantemente curativa (GEOVANINI *et al.*, 2010).

Esse breve relato de Geovanini *et al.* (2010) já evidencia o caráter tecnicista que a enfermagem tem como base e que ainda não foi capaz de sobressair-se. Não é de hoje que a enfermagem vem exercendo um trabalho acrítico, produto de uma formação muitas vezes mecânica, centralizada na realização de tarefas e procedimentos ágeis e eficientes, e que se dá pela necessidade da precisão e agilidade que muitos dos procedimentos exigem. No seu transcorrer histórico, passou por diversas influências, o que favoreceu a assimilação do seu perfil curativista, tecnicista e acrítico.

Ao longo dos anos, debates foram lançados para se repensar a prática que existe e que repassam nas escolas de enfermagem. Relatos históricos mostram a origem das atividades em campos de guerra, em que as mulheres que se dispunham a trabalhar em tais locais se encontravam em caráter de abnegação e caridade, exercendo um dom nato que elas colocavam em prática, de forma empírica, sem possuir nenhum cunho científico. Essas raízes ainda se personificam na figura do(a) enfermeiro(a) dos dias atuais, que são frequentemente citados e comparados a “anjos”.

Pode-se dizer, assim, que a enfermagem é a ciência prática do cuidado, cuja efetividade não se restringe à aplicação técnica do conhecimento, mas se constrói ancorada em evidências científicas e na ética, que devem orientar as práticas dos profissionais desse campo da assistência à saúde (NAKAMURA; MARTIN; SANTOS, 2009).

No âmbito da academia, observando-se as medidas de ordem legal, verifica-se uma organização curricular voltada prioritariamente para os problemas de saúde da minoria da população, em detrimento das graves questões da maioria, das chamadas classes subalternas da sociedade. Acrescenta-se, ainda, o tipo de ensino que vem sendo ministrado nas escolas de enfermagem. Mesmo quando se trata da saúde pública, constata-se a falta de um contato mais ampliado com a realidade em que estes estudantes e futuros profissionais estão imersos em seu dia a dia de trabalho. É necessário, portanto, despertá-los para a realidade que os rodeia e apartar-se um pouco do modelo de especialidades ou técnicas milimetricamente planejadas e articuladas (GERMANO, 2011).

Foi nessa perspectiva que surgiram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), em 2001, e que no Curso de Graduação de Enfermagem definiu o perfil profissional a ser formado: enfermeiros generalistas, humanistas, críticos e reflexivos (BRASIL, 2001). Para o desenvolvimento do perfil profissional almejado, é preciso aprofundar as questões referentes ao processo ensino e aprendizagem e ainda as bases em que o mesmo foi firmado, no tocante às questões históricas e evolutivas, pois ter conhecimento do meio em que se está inserido promove um favorecimento no momento de se desenvolver e aprimorar as práticas em questão (BURGATTI *et al.*, 2013).

Se as novas diretrizes curriculares apontam para a necessidade de profissionais capazes de atuar em contextos de incertezas e complexidade, aliando a aptidões técnicas, científicas, éticas e políticas, procuramos abordar os avanços e entraves encontrados para a efetivação destas diretrizes, incitar a reflexão dos caminhos pedagógicos na formação em Enfermagem e analisar na literatura as mudanças que ocorreram nos currículos de enfermagem a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais.

2 A SELEÇÃO DOS ARTIGOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL) referente à produção científica nacional acerca do impacto das DCNs nos cursos de enfermagem e na formação dos novos profissionais.

Revisão Integrativa é uma revisão que, ao contrário da revisão tradicional, segue um protocolo pré-estabelecido que deve orientar todo o processo de revisão, da identificação do problema, passando pela busca de informação ao relatório final. No geral, para a construção da revisão integrativa, é preciso percorrer seis etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

A busca dos artigos ocorreu no período de agosto a outubro de 2014, na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): Enfermagem, Ensino e Prática Profissional.

Adotaram-se como critérios de inclusão: trabalhos publicados na íntegra, em língua portuguesa, em formato de

artigos científicos, no período de 2011 a 2014 (considerando que no ano de 2011 completou-se uma década da publicação das DCNs).

Após os filtros, restaram 122 artigos. Destes foram excluídos 109, dos quais 17 eram artigos de revisão, 11 estavam duplicados e 81 não se relacionavam com a temática em estudo. Ao final da seleção, foram analisados 13 artigos.

A seleção e a análise dos estudos foram realizadas por meio de um protocolo que especifica título, ano de publicação, objetivo, metodologia, local da pesquisa e resultados encontrados.

3 AVANÇOS E ENTRAVES ENCONTRADOS PARA A EFETIVAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

Dos 13 artigos selecionados para a análise e que versam sobre o tema formação em enfermagem, faz-se necessário destacar alguns pontos que consideramos importantes. Quanto ao ano de publicação, nove foram publicados no ano de 2011, três em 2012, três em 2013 e um em 2014. Desse modo, é possível compreender que foi exatamente no ano de 2011, quando se completou uma década de DCNs, que houve uma maior produção científica acerca dos cursos e qualidade de formação dos profissionais enfermeiros.

Quanto ao local de realização dos estudos, a região Sudeste, especialmente o estado do Rio de Janeiro, foi a que mais se destacou em relação à produção, seguida pelas regiões Sul e Nordeste, respectivamente. Diante do achado, é pertinente observar que o início da profissionalização da

enfermagem brasileira ocorreu quando se criou a primeira escola de enfermagem do Brasil, chamada Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), em 1890, e que hoje se denomina Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP-Unirio) (GEOVANINI *et al.*, 2010). Diante desse pioneirismo do estado, é possível associar a maior gama de publicações, uma vez que foi o local de nascedouro dos cursos de enfermagem, portanto o berço deste conhecimento.

No tocante à abordagem utilizada nos estudos, há a predominância de estudos qualitativos, apontando que apesar de toda a tradição dos cursos de enfermagem, a tendência da busca pelos significados, voltando o profissional de saúde para o ser social como parte integrante da comunidade, está sendo evidenciada inclusive nas pesquisas da categoria (SPINDOLA *et al.*, 2011).

Em 1968, a Lei nº55401, Lei da Reforma Universitária (RU), criou as normas de organização e funcionamento do ensino superior, além de definir a ampliação do número de vagas, a modernização do ensino superior e a necessidade de revisão dos currículos mínimos dos cursos. Atendia, também, às exigências de um mercado de trabalho que requeria um número crescente de profissionais qualificados (FERNANDES; SILVA; CALHAU, 2011).

A década de 1980 foi precursora de uma fase que trouxe à tona a necessidade de flexibilização do currículo do curso de graduação em enfermagem, inclusive com a proposta de elaboração de um projeto político pedagógico para o curso de graduação. Foi, no entanto, na década de 1990, que a necessidade de mudanças curriculares se tornou mais expressiva, em decorrência substancialmente da implantação do SUS.

Os fóruns nacionais, especialmente os Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem, voltaram-se para a discussão sobre a reorientação da formação de enfermeiros, envolvendo a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), docentes e estudantes das escolas e cursos de graduação em Enfermagem e enfermeiras dos serviços de saúde (SANTOS *et al.*, 2011).

De fato, observa-se que, a partir da implantação do SUS, é que verdadeiramente as necessidades de mudanças começaram a se exteriorizar, uma vez que o modelo de saúde implantado em nosso país já não conversava com os métodos de ensino prioritariamente tecnicistas da época, fato esse que nos faz refletir no sentido de que o sistema de saúde implantado, além de revolucionar a área da saúde, trouxe consigo a evidência de que a área da educação necessitava de um olhar diferenciado.

A partir das necessidades e demandas da formação profissional, as DCNs para os cursos da área de saúde, homologadas em 2001, são resultantes de um processo de discussão da sociedade brasileira, envolvendo representantes do governo, docentes, estudantes, diretores de cursos e escolas, entre outros.

Destinam-se a orientar a formação desses profissionais, tendo como base conhecimentos gerais e ênfase no compromisso social, e na mudança do modelo de saúde. Isso implica repensar o papel das instituições formadoras que, até então, pouco ou quase nada dialogava com a sociedade (JORGE; LIMA; PINTO, 2012).

A formação em saúde deve ser permeada por dimensões políticas e sociais, pois somente conversando com elas é que se torna possível buscar a educação em saúde que

contemple a articulação intersetorial em todas as fases de uma formação competente, ética, cidadã, revolucionária e solidária, possibilitando respostas às necessidades da população e atuando na elaboração de Políticas Públicas (JORGE; LIMA; PINTO, 2012).

Nesse processo, somos convidados a entender que a compreensão da realidade da Educação em Enfermagem, sua trajetória, tendências e contradições são fatores decisivos para a formação dos profissionais que temos hoje e do direcionamento do desejamos para o futuro desta categoria. Busca-se, portanto, a configuração de um passado e o reconhecimento de possibilidades presentes e futuras (FERNANDES; SILVA; CALHAU, 2011).

O estudo de Pereira, Santos e Silva (2011) relata que o ensino nas Instituições de Ensino Superior (IES) deve estar preparado para o acolhimento de sujeitos diferenciados, porque é parte de sua filosofia a união de sujeitos individualizados de características peculiares e pensamentos únicos.

É nesse cenário que emerge uma reflexão dentro das universidades, ampliando, inclusive, a participação e o diálogo com os coordenadores de cursos, já que uma das mudanças no ensino também foi essa quebra do autoritarismo por parte dos gestores das academias.

Embora a pesquisa e a extensão em enfermagem continuem em franco desenvolvimento no Brasil, foi nesse momento que se intensificou a busca pela produção de novos conhecimentos e o retorno disso para a sociedade. Com isso, a pesquisa e a extensão universitária cresceram e refletiram um aumento no número de alunos pesquisadores. Entretanto, estudos afirmam haver poucas mudanças qualitativas nas práticas de cuidar, de gestão ou de educação em saúde

e na formação em enfermagem decorrentes das pesquisas e estudos feitos por enfermeiras, mas podemos afirmar que são muitos os movimentos que dinamizam o ensino de graduação (PEREIRA, 2013).

Para favorecer o desenvolvimento da dimensão ético-política da competência profissional, com a finalidade de intervenção na realidade social, a educação precisa ser propulsora do desenvolvimento humano, constituída por um processo contínuo, amplo e profundo de preparação dos indivíduos ao longo da vida (BURGATTI *et al.*, 2013).

Estas mudanças perpassam a formação pela busca da integralidade no cuidado em saúde, pela integração curricular acadêmica, pela ativação de mudanças na prática clínica e, principalmente, pela efervescente aplicação de técnicas, métodos e instrumentos mais relativos no ensino, pesquisa e extensão, para os contextos assistenciais. Transpondo a descrição delimitada do processo investigativo, incide sobre as subjetividades emaranhadas nas relações do ensino e do cuidar, concomitantemente (JORGE; LIMA; PINTO, 2012).

As instituições formadoras vêm sendo pautadas para desenvolverem mudanças no processo de formação e na maneira como se relaciona com a sociedade. A necessidade de mudanças decorre de elementos tais como as novas modalidades de organização do mundo do trabalho em saúde e as exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, os desafios da interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na produção de conhecimentos ou a necessidade das instituições de ensino superior reconstruir seu papel social, considerando a multiplicidade de lugares produtores do conhecimento no mundo atual (JORGE; LIMA; PINTO, 2012).

Estas instituições transformam suas práticas pedagógicas, objetivando a proximidade com os traços do mundo real, e mobilizam os corpos de professores e estudantes numa constante coreografia para a construção de novas teias de saber e fazer, com o processo educativo através da aprendizagem (SILVA, P. S.; SILVA, C. M. S.; FIGUEREDO, 2014).

A tônica da formação em saúde, no sentido de proporcionar a atenção integral em saúde, pactua saberes e práticas no seu cotidiano. Os processos de aprendizado mútuo reforçam a necessária interlocução com diferentes núcleos profissionais e saberes estruturados do campo da saúde e demais setores. As ações interdisciplinares estão sendo requisitadas pela complexidade da vida humana na contemporaneidade, e a formação é centro dessa integração.

Percebemos então uma grande mudança no processo de formação profissional. O que anteriormente estava sendo efetivado pelas metodologias tradicionais de ensino, atualmente, numa tentativa de reestruturação, faz uso de estratégias diferenciadas. Nesta nova orientação curricular, o estudante é posto como protagonista atuante e autor da sua aprendizagem.

No entanto, após mais de uma década da aprovação das novas DCNs, as modificações ainda são lentas no que diz respeito à formação de recursos humanos que transformem o paradigma biomédico para outro voltado para as transformações exigidas pelo novo sistema de saúde e pela sociedade. Carece de diálogo o projeto curricular com o contexto social do qual a instituição se insere.

Ressaltamos que é preciso preencher as lacunas referentes à atuação dos diferentes níveis de atenção à saúde,

desenvolvendo competências para trabalhar, sobretudo, na saúde com responsabilidade social. Este é um grande desafio, que requer uma formação integral, através da formação humanística, ética, filosófica, técnica, social e política (JORGE; LIMA; PINTO, 2012).

Porém, com a política expansionista da educação superior implementada no Brasil nas últimas décadas, que reflete as exigências de mercado e pressões de grupos da sociedade civil, ainda há vários desafios para a concretização das DCNs. A área da formação do enfermeiro acompanha essa tendência que, por sua vez, não parece garantir a formação de sujeitos críticos e reflexivos no atendimento à saúde integral do ser humano, conforme explicitado nas DCNs do Curso de Graduação em Enfermagem (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Nessa perspectiva, na tentativa de expandir a profissionalização da enfermagem, acabou-se aceitando a abertura de novos cursos, muitos deles com a possibilidade de formação superior no período noturno e na modalidade a distância. Essa busca pela expansão nem sempre está associada com o objetivo final, que é de se formarem enfermeiros capazes de atuar holisticamente.

Valente *et al.* (2014) acrescentam ainda que a prática diária do ensino nas universidades sinaliza a ocorrência de um ensino centrado na figura do professor detentor do saber. As estratégias de ensino são repetitivas e as aulas são, em sua maioria, expositivas, criando assim um fluxo de comunicação unilateral.

No que se refere ao ensino propriamente dito, as graduações ligadas ao campo da saúde, como a Enfermagem, encontram-se, em sua maioria, produzindo uma formação fragmentada e focada na organização curricular disciplinar, ainda

centrada em especialidades com valorização do saber técnico, tendo como cenário predominante de prática o hospital, enfatizando práticas em saúde, procedimentos-centrado, não situando a corresponsabilidade usuário, trabalhador, gestor do SUS e sociedade para a mudança do modelo de saúde.

Jorge, Lima e Pinto (2012) afirmam que se fazem necessárias as rupturas do paradigma biomédico, traduzido pelo modelo médico-centrado, que ainda sustenta as práticas em saúde em grande parte dos currículos da área de saúde no Brasil; e da concepção de saúde como ausência de doença, o que implica ampliar a compreensão do processo saúde-doença, orientada pela produção do cuidado em saúde, procurando articular ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, demarcando a pluralidade de saberes através do trabalho em equipe interdisciplinar e integrado na rede de serviços de saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entender esse processo de formação de uma categoria profissional nos permite refletir sobre as falhas cometidas outrora e, a partir disso, repensar e aprimorar a formação de enfermeiros, levando em consideração o contexto social, político e cultural ao qual essa profissão está submetida, e fazendo as devidas adaptações, a fim de projetar um ensino de enfermagem atualizado e pertinente em todas as questões.

Juntamente a esta evolução da profissão, a evolução do ensino se mostra como um fator bastante interessante de ser conhecido e compreendido, e proporciona ainda a análise da importância de estar sempre revendo as práticas de construção do conhecimento, pois é na academia que o es-

tudante desenvolverá as competências técnicas, científicas e humanas inerentes e necessárias para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem coerente com as necessidades básicas de zelo e amorosidade que o desempenhar desta prática exige, sem esquecer os fundamentos científicos e o pensamento holístico que muitas vezes acaba sendo fragmentado do trabalho da enfermagem.

Faz-se necessário, portanto, que estudantes de enfermagem, professores e enfermeiros saiam, conheçam e adentrem nos espaços com mais intensidade, desempenhando papéis mais holísticos e ressaltando que o cientificismo é a base da nossa formação, porém sem esquecer que o ser político e social do enfermeiro não pode ser deixado de lado.

As novas metodologias e a ruptura com os modelos de educação formal foram verificadas como as ferramentas mais utilizadas para alcançar os objetivos delineados pelas DCNs. Atividades extramuros das IES, na atualidade, se configuram como determinantes para “o despertar” dos acadêmicos e a inserção destes em comunidades e serviços de saúde deve ocorrer cada vez mais cedo para que possam aprender a lidar o mais breve possível com as adversidades que os ambientes de trabalho colocam diante dos profissionais.

Métodos de ensino tradicionais focados no professor como detentor dos saberes em que os acadêmicos tornam-se reprodutores do conhecimento estão em processo de extinção na sociedade, pois a demanda dos serviços de saúde do SUS também não funciona desta maneira. Os profissionais inseridos nestes serviços devem levar em consideração o saber já existente e, em cima disso, construir, juntamente aos sujeitos que carecem de cuidados, um novo conhecimento que favoreça o aprendizado para ambas as partes.

No que se refere à formação e à preparação para a atuação destes profissionais no SUS, ainda existem diversas fraturas, entre os pontos teóricos e práticos. As visões implementadas durante a formação são muitas vezes fragmentadas, não possibilitando oportunidades de interação entre os conteúdos e o despertar para a visão integral dos sujeitos, sem falar na ausência das reflexões sobre os ambientes dentro dos quais serão dispensados estes cuidados, pois tanto o ser como o ambiente em que este ser está inserido devem ser respeitados e compreendidos.

Entretanto, não se pode perceber esse processo de forma isolada, culpabilizando estudantes e professores pelos rumos da formação em enfermagem no Brasil. As dificuldades para a implementar as DCNs estão no próprio sistema mercantilista, no qual a educação como um todo está inserida, visando profissionais acríticos, incapazes de ir de encontro a esse sistema.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de Novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2015.

BURGATTI, J. C *et al.* Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 282-286, abr. 2013.

FERNANDES, J. D.; SILVA, R. M. O. de; CALHAU, L. C. Educação em enfermagem no Brasil e na Bahia: o ontem, o hoje e o amanhã. **Enferm. em foco**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 63-67, maio 2011.

GEOVANINI, T. *et al.* **História da enfermagem**: versões e interpretações. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. 206 p.

GERMANO, R. M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**: (1955-1980). 5. ed. São Paulo: Yendis, 2011. 160 p.

JORGE, M. S. B.; LIMA, L. L. de; PINTO, A. G. A (Org.). **Caminhos da formação em saúde**: políticas, desafios e contradições: ensino, pesquisa, cuidado e gestão. Fortaleza: EdUECE, 2012. 309 p.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, 758-764, out./dez. 2008.

NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J. F. Q. dos (Org.). **Antropologia para a Enfermagem**. São Paulo: Manole, 2009. 144 p. (Série Enfermagem).

PEREIRA, W. R. Produção de conhecimento em enfermagem: transposição e repercussões no ensino de graduação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, p. 111-118, set. 2013. Número especial.

PEREIRA, F. J. R.; SANTOS, S. R. dos; SILVA, C. C. da. Política de formação inclusiva: percepção de gestores sobre processo de mudanças em Instituições de ensino Superior. **Rev bras enferm.**, Brasília, v.64, n. 4, p. 711-716, jul./ago. 2011.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-438, jul./ago. 2009.

SANTOS, T. C. F. *et al.* Participação americana na formação de um modelo de enfermeira na sociedade brasileira na década de 1920. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 966-973, ago. 2011.

SEVERO, D. F.; SIQUEIRA, H. C. H. de. Interconexão entre a história da graduação em enfermagem no Brasil e o pensamento ecossistêmico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 278-281, mar./abr. 2013.

SILVA, P. S. da; SILVA, C. M. S. dos. L. M. D. da; FIGUEIREDO, N. M. A. de. Imagens construídas sobre a formação do enfermeiro a partir do cenário tutorial. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p.1047-1057, jul./set. 2014.

SPINDOLA, T. *et al.* A produção científica nas monografias de conclusão da graduação em enfermagem de uma instituição pública. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 610-615, out./dez. 2011.

TEIXEIRA, E. *et al.* Panorama dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil na década das diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, p.102-110, set. 2013. Número especial.

VALENTE, G. S. C. *et al.* A dinâmica de grupo como estratégia de ensino-aprendizagem na disciplina de gerenciamento de enfermagem. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 312-319, jan./mar. 2014.

XIV. ADERÊNCIA DOS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA ÀS DIRETRIZES CURRICULARES

Ana Patrícia Rodrigues Cursino de Sena, Eleuda Coelho de Oliveira

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros cursos de Fonoaudiologia no Brasil começaram a surgir na década de 60. Inicialmente, eram cursos tecnológicos, porém o Conselho Federal de Educação (CFE), através da Resolução nº 6, de 6 de abril de 1983, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 15 de abril 1983, transformou-os em cursos de graduação plena em Fonoaudiologia, desencadeando uma reformulação curricular.

O primeiro currículo mínimo para o curso de Fonoaudiologia foi aprovado pelo CFE, em 1976. E, atualmente, está vigente a Resolução nº 5, de 19 de fevereiro de 2002, publicada no DOU em 4 de março de 2002, do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (CNE/CES), que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia (DCNs/Fono).

A reformulação do ensino da fonoaudiologia decorreu de um processo de renovação do pensamento do “fazer fonoaudiológico”, impulsionado pelas suas próprias transformações e avanços enquanto ciência, pela aplicação das novas tecnologias e pelas necessidades da sociedade e do mercado de trabalho.

Neste percurso, a Fonoaudiologia deixou de ser meramente técnica e passou a ter uma visão de prevenção, promoção e manutenção da saúde, além da reabilitação.

As DCNs/Fono definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação profissional, permitindo que cada curso elabore seu projeto pedagógico, que deve ser um trabalho de construção coletivo, porém coerente com as políticas institucionais de ensino, pesquisa e extensão implantadas na instituição de ensino superior (IES).

A identidade de um curso é expressa em seu currículo e concretizada no Projeto Pedagógico. Assim, o projeto pedagógico do curso de Fonoaudiologia (PPC/Fono), além de ser pautado numa formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, deve ressaltar características tanto nacionais, regionais, locais como da própria IES na qual o curso está inserido, para assegurar qualidade, legitimidade e competitividade ao curso.

O objeto desse estudo - aderência entre DNC/Fono e PPC/Fono - pode contribuir para que os cursos de graduação em Fonoaudiologia e suas IES repensem continuamente a formação do fonoaudiólogo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, publicada no DOU em 15 de novembro de 1995, estabeleceu na alínea "c" do §2 do art. 9º que cabe ao CNE/CES deliberar sobre as diretrizes curriculares nacionais (DCN) para os cursos de graduação propostas pelo Ministério da Educação (MEC).

A Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, publica-

da no DOU em 23 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional – a LDB – assegura ao ensino superior maior flexibilidade na organização curricular dos cursos.

O Parecer CNE/CES nº 776, aprovado em 3 de dezembro de 1997, considera as DCNs como instrumento de orientação para a elaboração dos currículos e ressalta a necessidade da sua adoção pelas IES. Para assegurar a flexibilidade e a qualidade do ensino às propostas das diretrizes curriculares devem:

- 1) Assegurar, às instituições de ensino superior, ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas;
- 2) Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando ao máximo a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos;
- 3) Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação;
- 4) Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo

variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;

5) Estimular práticas de estudos independente, visando uma progressiva autonomia profissional e intelectual do aluno;

6) Encorajar o reconhecimento de habilidades, competências e conhecimentos adquiridos fora do ambiente escolar, inclusive os que se refiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;

7) Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão.

8) Incluir orientações para a condução de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar a docentes e a discentes acerca do desenvolvimento das atividades (BRASIL, 1997a, p.2-3).

O Edital nº 4, de 10 de dezembro de 1997, da Secretaria da Educação Superior (SESu) do MEC convoca as IES a apresentar propostas para as DCN dos cursos de graduação.

As propostas apresentadas foram sistematizadas pelas Comissões de Especialistas de Ensino da SESu e disponibilizadas, via Internet, para a obtenção de novas contribuições. Em seguida, as propostas foram consolidadas por

Comissão de Especialista, submetidas a consultores *ad hoc* e, posteriormente, encaminhados à CES/CNE, que, por sua vez, abriu audiências públicas à comunidade acadêmica, visando receber sugestões para o aprimoramento das propostas (FRAUCHES, 2008).

O Plano Nacional de Educação 2001-2010, instituído pela Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001, ao abordar a educação superior, define como um dos seus objetivos e metas:

[...] Estabelecer, em nível nacional, diretrizes curriculares que assegurem a necessária flexibilidade e diversidade nos programas oferecidos pelas diferentes instituições de ensino superior, de forma a melhor atender às necessidades diferenciais de suas clientelas e às peculiaridades das regiões nas quais se inserem [...] (BRASIL, 2011a).

As primeiras DCNs foram fixadas por meio do Parecer CNE/CES nº 492, aprovado em 3 de abril de 2001, a saber: Filosofia, História, Geografia, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Sociais, Letras, Biblioteconomia, Arquivologia e Museologia.

O Parecer CNE/CES nº 583, aprovado em 4 de abril de 2001, estabelece que as DCNs dos cursos de graduação devem contemplar:

a) Perfil do formando/egresso/profissional - conforme o curso o projeto pedagógico deverá orientar o currículo para um perfil profissional desejado.

- b) Competência/habilidades/attitudes.
 - c) Habilitações e ênfases.
 - d) Conteúdos curriculares.
 - e) Organização do curso.
 - f) Estágios e Atividades Complementares.
 - g) Acompanhamento e Avaliação.
- (BRASIL, 2001b, p.2-3).

O Parecer CNE/CES nº 1.210, aprovado em 12 de setembro de 2001, estabelece as DCNs dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

O Parecer CNE/CES nº 210, aprovado em 8 de julho de 2004, determina a obrigatoriedade da implantação das DCNs dos cursos de graduação, no prazo máximo de dois anos, a partir da publicação da resolução, por parte das IES, para os alunos ingressantes e o caráter optativo de sua implantação para os alunos do período ou ano subsequente à sua publicação.

A Resolução CNE/CES nº 5, de 19 de fevereiro de 2002, publicada no DOU em 4 de março de 2002, institui as DCNs do Curso de Graduação em Fonoaudiologia, que devem ser consideradas na organização curricular e na elaboração do PPC.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Fonoaudiologia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Fonoaudiólogos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos

projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Fonoaudiologia das Instituições do Sistema de Ensino Superior (BRASIL, 2001c, p. 29).

Além dos elementos estruturais do PPC, tais como apresentação (situando o curso em relação ao seu contexto na instituição e na sociedade); a justificativa (necessidade de construir ou reformular o projeto); o objetivo do curso; e o conjunto das disciplinas e suas ementas (compondo a estrutura curricular), o projeto deve contemplar ainda histórico da formação do profissional; perfil do profissional a ser formado; proposta pedagógica; necessidades atuais do curso; recursos humanos necessários às atividades de ensino e de pesquisa e avaliação.

O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Fonoaudiologia deverá contemplar atividades complementares 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, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins (BRASIL, 2002).

A construção coletiva é uma das características pertinentes ao PPC, assim sua construção é um espaço de reflexão e ação, no qual deve ser verificado o envolvimento do corpo docente na sua elaboração, condução e reelaboração.

O Curso de Graduação em Fonoaudiologia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. 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 (BRASIL, 2002).

Respeitados esses pontos de operacionalização, o principal resultado do PPC será o de capacitar o egresso, numa perspectiva de formação integral, para atuar com competência, de modo a responder às demandas sociais, criando e/ou aprofundando, no corpo discente, uma consciência crítica, proporcionando que o mesmo seja um sujeito ativo, reflexivo e participante.

As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Fonoaudiologia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural (BRASIL, 2002).

Segundo o §1º do Art. 10. da Resolução CNE/CES nº 5 as diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Fonoaudiologia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

3 METODOLOGIA

A presente investigação trata-se de um estudo descritivo, realizado a partir da análise documental de projetos pedagógicos de cursos de Fonoaudiologia, ofertados por Instituições de Ensino Superior brasileiras, buscando identificar sua aderência com as diretrizes curriculares nacionais do curso, quanto ao perfil profissional e às competências e habilidades do egresso.

Para constituir o universo de estudo deste trabalho, foram solicitadas à Coordenação-Geral do Censo da Educação Superior (CGCES), vinculada à Diretoria de Estatísticas Educacionais(DEED) do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), informações sobre a distribuição dos cursos de graduação em Fonoaudiologia por região geográfica, categoria administrativa e organização acadêmica. Segundo o Censo da Educação Superior disponibilizado, ano base 2013, a Fonoaudiologia conta com 87 cursos de graduação, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 1 – Cursos de graduação em Fonoaudiologia por região geográfica, organização acadêmica e categoria administrativa em 2013.

REGIÃO	ORGANIZAÇÃO ACADÊMICA						TOTAL
	UNIVERSIDADE		CENTRO UNIVERSITÁRIO		FACULDADE		
	CATEGORIA ADMINISTRATIVA						
	Pública	Privada	Pública	Privado	Pública	Privada	
Norte	--	02	--	01	--	03	06
Nordeste	08	04	--	03	--	07	22
Centro Oeste	01	01	--	02	--	01	05
Sudeste	10	13	--	07	--	05	35
Sul	05	06	--	03	--	05	19
TOTAL	24	26	--	16	--	21	87

Fonte: Autores.

Após a identificação dos cursos e IES foram realizados contato por e-mail e por telefone, quando necessário, para explicar a importância do estudo e para obtenção dos PPCs/ Fono.

A amostra desse trabalho foi constituída por 34 IES, distribuídas da seguinte forma:

Quadro 2 – Cursos de graduação em Fonoaudiologia por região geográfica, organização acadêmica e categoria administrativa em 2013.

REGIÃO	ORGANIZAÇÃO ACADÊMICA						TOTAL
	UNIVERSIDADE		CENTRO UNIVERSITÁRIO		FACULDADE		
	CATEGORIA ADMINISTRATIVA						
	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada	
Norte	--	01	--	--	--	02	03
Nordeste	04	01	--	01	--	04	10
Centro Oeste	--	--	--	01	--	--	01
Sudeste	03	05	--	03	--	02	13
Sul	02	02	--	01	--	02	07
TOTAL	09	09	--	06	--	10	34

Fonte: Autores.

4 RESULTADOS

Quadro 3 – Relação entre o perfil profissional do egresso proposto nos 34 PPCs/Fono analisados e as DCNs/Fono.

PERFIL PROFISSIONAL	UNIVERSIDADE		CENTRO UNIVERSITÁRIO		FACULDADE	
	n	%	n	%	N	%
Coerente	12	67	03	50	04	40
Parcialmente Coerente	06	33	02	33	04	40
Não Coerente	--	--	01	17	02	20
TOTAL	18	100	06	100	10	100

Fonte: Autores.

O perfil profissional do egresso proposto nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Fonoaudiologia analisados, na sua grande maioria, propõe o desempenho das atividades do profissional liberal e a atuação para a prevenção da saúde com visão global do homem, estando assim coerente com o perfil proposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Fonoaudiologia em que consta a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

O parágrafo único do Art. 5º estabelece que “a formação do Fonoaudiólogo deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe” (BRASIL, 2002).

Quadro 3 – Relação entre as competências e habilidades do egresso propostas nos 34 PPCs/Fono analisados e as DCNs/Fono.

PERFIL PROFISSIONAL	UNIVERSIDADE		CENTRO UNIVERSITÁRIO		FACULDADE	
	n	%	n	%	N	%
Coerente	10	56	05	83	05	50
Parcialmente Coerente	07	39	00	--	05	50
Não Coerente	01	5	01	16	00	--
TOTAL	18	100	06	100	10	100

Fonte: Autores.

Segundo as DCNs/Fono, a formação do profissional deve abranger as seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, bem como educação permanente. Comparando estes itens com os projetos pedagógicos dos cursos investigados, percebemos a intenção, na maior parte dos cursos, de formar profissionais que tenham conhecimentos generalistas e humanistas, sobre as inovações tecnológicas atuais, administrativos, que tenham autonomia e liderança para atuar em clínicas, sistemas de saúde, entre outros locais.

Nas habilidades específicas, o profissional deve ter conhecimento técnico e científico para atuar multiprofissionalmente ou interprofissionalmente com vistas à promoção da saúde e do bem-estar humano e social. Ter iniciativa em criar projetos de pesquisas científicas em saúde, buscando melhorar as técnicas existentes e conhecer as possibilidades de inovações.

O profissional deve estar apto a enfrentar a conjuntura econômica e social, suas exigências e possibilidades, sabendo interagir em diferentes situações, auxiliando o ser humano conforme a necessidade.

As competências e habilidades indicadas nos PPC/Fono analisados estão sistematizadas de forma tal que condensam as competências gerais e específicas constantes nas DCNs/Fono.

5 CONCLUSÕES

Observamos ao longo do presente trabalho que um dos desafios enfrentados pelas Instituições pesquisadas é a

construção de um PPC que reflita plenamente a articulação com as DCNs. Assim, faz-se necessário destacar a importância da articulação entre o processo de Avaliação Institucional e os Projetos Pedagógicos dos Cursos. Discutir a necessidade de implementar um Projeto Pedagógico pautado por reflexões sérias e constantes chega a ser redundante, uma vez que a demanda pela atualização e pelo acompanhamento dos Projetos Pedagógicos, no contexto político e social atual, vive a exigência indiscutível de responder às diferentes necessidades da IES, objetivando, como isso, o cumprimento de suas finalidades científicas e sociais.

Quando ressaltamos que o PPC deve ultrapassar as iniciativas fragmentadas e se constituir em um processo de construção crítica e envolvente de todos os segmentos institucionais, queremos dizer que o desenvolvimento do projeto pedagógico somente será possível se for implementado e consolidado em um espaço acadêmico participativo, contando com o envolvimento de seus atores.

Ao estabelecer seus parâmetros de qualidade, a Instituição toma como ponto de partida os Projetos Pedagógicos dos Cursos e os compromissos do ensino com a construção da cidadania que neles são apontados e, por meio deles, concretizados.

Retomando, pois, nesse momento os objetivos traçados no início do presente trabalho e com base nas reflexões realizadas, é possível esboçar algumas alternativas para a busca de aprimoramento do curso de graduação, tais como:

- O PPC é um caminho, não apenas o ponto de chegada. É subsídio para ser utilizado no aprimoramento das dimensões pedagógica e administrativa;

- O PPC deve se configurar como elemento de autorreflexão articulado e referenciado com as DCNs;

- As DCNs articuladas com o PPC precisam ser compreendidas como um compromisso com a aprendizagem de todos e com as inovações institucionais; e

- O PPC deve proporcionar identificação das instituições educacionais com a sociedade em que estão inseridas, criando, assim, uma cultura de sua importância e realização.

O estudo aponta para a relevância de se incentivar a implementação efetiva das DCNs/Fono, buscando uma formação alinhada com as políticas públicas vigentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Educação. **Resolução nº 6, de 6 de abril de 1983**. Transforma cursos de formação tecnológica em cursos de graduação. Brasília, 1983.

_____. **Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995**. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. Brasília, 1995. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9131.htm >. Acesso em: 19 maio 2015.

_____. Presidência da República. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm >. Acesso em: 19 maio 2015.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer nº 776, de 3 de dezembro de 1997**. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília,

1997a. Disponível em:< <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0776.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2015.

_____. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Parecer nº 583, de 4 de abril de 2001**. Dispõe sobre as diretrizes para os cursos de graduação. Brasília, 2001b. Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2015.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer nº 210, de 8 de julho de 2004**. Aprecia a Indicação CNE/CES 1/2004, referente à adequação técnica e revisão dos Pareceres e/ou Resoluções das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação. Brasília, 2001. Disponível em:<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces210_04.pdf>. Acesso em: 19 maio 2015.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer nº 1.210, de 12 de dezembro de 2001**. Dispõe sobre as diretrizes curriculares dos cursos de graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Brasília, 2001c. Disponível em:<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210_01.pdf>. Acesso em: 19 maio 2015.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 5, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Fonoaudiologia. Documento não paginado Brasília, 2002. Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES052002.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2015.

_____. Secretaria de Educação Superior. **Edital nº 4, de 10 de dezembro de 1997**. Torna público e convoca as instituições de ensino superior a apresentar propostas para as novas diretrizes curri-

culares dos cursos superiores. Brasília, 1997b. Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2015.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.172, de 9 de Janeiro de 2001**. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Brasília, 2011a. Documento não paginado. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10172.htm>. Acesso em: 24 maio 2015.

FRAUCHES, Celso da Costa. **Diretrizes curriculares para os cursos de graduação**. Brasília: ABMES, 2008. 701 p.

SOBRE OS AUTORES

Adrián Ponz – Universidad de Zaragoza. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Grupo Beagle.

Alice Maria Correia Pequeno Marinho – Geóloga. Doutora em Saúde Pública pela FSP/USP. Docente do Mestrado Profissional Ensino na Saúde/UECE. Pesquisadora do Centro de Investigação Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Ana Maria Fontenelle Catrib – Pedagoga. Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR. Pesquisadora CNPq.

Anairtes Martins de Melo – Fisioterapeuta. Mestre em Ensino na Saúde- Universidade Estadual do Ceará- UECE. Docente do Curso de Fisioterapia da Fanor/Devry Brasil.

Ana Patrícia Rodrigues Cursino de Sena – Fonoaudióloga. Doutoranda em Ciências da Educação - Especialidade: Administração e Liderança Educacional pela Faculdade de Ciências e Tecnologia (FCT) da Universidade Nova de Lisboa (NOVA). Avaliadora *ah hoc* do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP).

Ángel Pueyo – Médico de Família. Centro de Salud de Teruel-Ensanche, España.

Antônia Waldiana Lima Leandro – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo PPGSC/UNIFOR. Servidora no Hospital Universitário Prof. Walter Cantídio – HUWC. Fortaleza-Ceará

Antônio Aldo Melo Filho – Médico. Doutor em Cirurgia pela Universidade Estadual de Campinas. Professor do curso de Medicina da Unifor. Cirurgião pediátrico do Hospital Infantil Albert Sabin.

Antonio Dean Barbosa Marques – Enfermeiro. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Princesa do Oeste – FPO e Docente EMI do Instituto CENTEC.

Bruno Tigre de Arruda Leitão – Médico. Mestre em Cirurgia pela Universidade Federal do Ceará. Professor do curso de Medicina da Unifor. Cirurgião geral do Hospital Geral Waldemar Alcântara.

Camila Mendes dos Santos – Enfermeira. Membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa na Promoção da Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial (NUESPHA). Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-CE-Brasil.

Christina Cesar Praça Brasil – Fonoaudióloga. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Associação Ampla – Universidade Estadual do Ceará/Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza. Docente do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza

Claudio Moreira – Educador Físico. Doutor em Comunicação pela University of Illinois. Docente da University of Massachusetts e professor visitante no programa de Pós-graduação da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

Cláudio Pinheiro Dias – Médico. Especialista - Residência Médica pelo Instituto do Câncer do Ceará. Professor do cur-

so de Medicina da Unifor. Cirurgião pediátrico do Hospital Infantil Albert Sabin.

Daniele de Araújo Oliveira Carlos – Fonoaudióloga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

Eleuda Coelho de Oliveira – Administradora. Mestre em Desenvolvimento Humano e Responsabilidade Social. Diretora de Documentos e Gestão Matricial de Comissão Própria de Avaliação (CPA) da Kroton Educacional.

Fábia Azambuja Pereira Salviano – Fisioterapeuta. Mestre em Ensino na Saúde – Universidade Estadual do Ceará- UECE. Docente do Curso de Fisioterapia da Fanor/Devry Brasil.

Flavio Lúcio Pontes Ibiapina – Médico. Mestre em Tocoginecologia pela Universidade Federal do Ceará. Diretor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza e professor do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Francisco de Assis Castro Bonfim Júnior – Médico. Professor do curso de Medicina da Unifor. Cirurgião de cabeça e pescoço do Hospital Geral Waldemar Alcântara.

Francisco Julimar Correia de Menezes – Médico. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR. Professor do curso de Medicina da Unifor. Cirurgião do aparelho digestivo do Hospital Geral Waldemar Alcântara.

Gilmara de Melo Santana – Farmacêutica. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Assessora Pe-

dagógica do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e professora do curso de Farmácia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Heraldo Simões Ferreira – Educador Físico. Doutor em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da UECE.

Jarlideire Soares Freitas – Assistente Social. Especialista em Saúde Pública. Acadêmica de Enfermagem, Bolsista PIBIC/CNPq.

Jessica Rodrigues Brito – Enfermeira graduada pela Faculdade Vale do Salgado.

José Carrasquer – Universidad de Zaragoza. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Grupo Beagle.

José Iran Oliveira das Chagas Júnior – Enfermeiro. Mes- trando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista FUNCAP. Forta- leza-CE-Brasil.

Juan Carlos Aneiros Fernandez – Cientista Social. Doutor em Saúde Pública pela FSP/USP. Docente do Curso de Gra- duação em Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FCM/Unicamp

Joselany Áfio – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente do curso de Enfer- magem da Universidade Federal do Ceará.

Josué Barros Júnior – Enfermeiro. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Docente do cur- so de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado – FVS.

Juliana Luporini do Nascimento – Cientista Social. Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Docente do Curso de Graduação em Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FCM/Unicamp.

Kerma Márcia de Freitas – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado – FVS.

Lana Paula Crivelaro Monteiro de Almeida – Fonoaudióloga. Doutora e Mestre em Educação e Tecnologia pela UNICAMP. Coordenadora do Núcleo de Educação a Distância da UNIFOR. Pesquisadora e Líder de Grupo no DGP-CNPq.

Larissa Tavares Ferreira – Terapeuta Ocupacional graduada pela UNIFOR. Fortaleza-Ceará

Liana Maria Carvalho Braid – Educadora Física. Mestre em Educação pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Assessora Pedagógica do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e professora do curso de Educação Física da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Lídia Andrade Lourinho – Fonoaudióloga. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Lívia Moreira Barros - Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES. Fortaleza-CE, Brasil.

Maria da Conceição Coelho Brito – Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Maria Socorro de Araújo Dias – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Maria Victoria – Universidad de Zaragoza. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Grupo Beagle.

Maria Vieira Lima Saintrain – Dentista. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas (UNICAMP). Professora titular no PPGSC/UNIFOR. Fortaleza-Ceará.

Maxmiria Holanda Batista – Psicóloga. Doutoranda em Saúde Coletiva em Associação Ampla (UECE-UFC-UNIFOR). Docente do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Mirna Albuquerque Frota – Enfermeira. Professora titular do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – PPGSC/UNIFOR. Fortaleza-Ceará

Natasha Marques Frota – Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Docente do Centro Universitário ESTÁCIO – Ceará. Fortaleza-CE, Brasil.

Nelson Filice de Barros – Cientista Social. Livre Docente em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Docente do Curso de Graduação em Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FCM/Unicamp. Pesquisador CNPq.

Nívea Adriano de Santana e Santos – Fisioterapeuta. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR.

Oana Militar – Professora. Maestra de Educación Primaria. Colaboradora do Departamento de Didática das Ciências Experimentais da Faculdade de Magistério- Universidade de Valencia, (Espanha).

Patrícia Moreira Collares – Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Universidade Federal do Ceará - UFC, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora Assistente da Universidade Federal do Ceará (UFC) e Fanor/Devry/Brasil.

Rafael Afonso da Silva – Cientista Social. Doutor em Sociologia pelo IFCH/UNICAMP. Docente do Curso de Graduação em Medicina da FCM/Unicamp

Raimunda Magalhães da Silva – Enfermeira. Pós-doutora em Saúde Coletiva. Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Pesquisadora CNPq.

Raimundo Tavares de Luna Neto – Enfermeiro. Mestrando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado – FVS.

Sharmênia de Araújo Soares Nuto – Cirurgiã-Dentista. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Assessora Pedagógica do Centro de Ciências da Saúde (CCS), professora do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e pesquisadora em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Valentín Gavidia – Biólogo. Doctor en Ciencias Biológicas. Professor Catedrático do Departamento de Didática das Ciências Experimentais da Faculdade de Magistério - Universidade de Valencia, (Espanha).

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos – Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA. Professora titular do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – PPGSC/UNIFOR. Fortaleza-Ceará.