



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO CAMPUS SÃO PAULO

CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

- Modalidade Profissional -

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO
TRABALHO EM EQUIPE E DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO:
percepção de estudantes**

Alexandra de Souza

Orientador: Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit

SÃO PAULO

2014

ALEXANDRA DE SOUZA

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO
TRABALHO EM EQUIPE E DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO:
percepção de estudantes**

Dissertação apresentada a Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit

SÃO PAULO

2014

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

- Modalidade Profissional -

**Diretoria do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior Em Saúde-
CEDESS**

Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Coordenador do Programa de Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde

Profa. Dra. Irani Gerab da Silva

SÃO PAULO

2014

SOUZA, Alexandra

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO TRABALHO EM EQUIPE E DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO: percepção de estudantes. /Alexandra de Souza - São Paulo, 2014. (97 páginas)

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS.

Título em inglês: PROFESSIONAL TRAINING IN HEALTH FOR TEAMWORK AND COMPLETENESS IN CARE: perceptions of students.

Palavras-chave: Educação em Saúde; formação profissional; integralidade no cuidado; matriz de competências.



**FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO TRABALHO
EM EQUIPE E DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO: percepção de estudantes.**

São Paulo, 30 outubro de 2014.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Rosana Aparecida Salvador Rossit

MEMBRO: Prof^a Dr^a Maria Cecília Damas Gaeta

MEMBRO: Prof^a. Dr^a Irani Ferreira da Silva Gerab

MEMBRO: Prof^a. Dr^a Isabel Cristina Kowal Oml Cunha

AGRADECIMENTOS

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.” (Paulo Freire)

Assumir um desafio requer coragem, conquistá-lo nem sempre é mérito de um só, é por isso que neste momento de agradeço aqueles que de alguma forma colaboraram e fizeram parte desta trajetória.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por toda oportunidade, de poder presenciar e vivenciar momentos tão importantes para meu aprendizado, e principalmente de me presentear com uma família tão especial.

Ao meu amor maior, minha mãe Maria Tereza, que quando eu acreditava não ser possível, sempre encontrava uma forma de me mostrar o contrário, independente das dificuldades.

Agradeço também à minha irmã Miriam, por sua generosidade em me amparar no seio do seu lar em todas as minhas vindas à São Paulo. Assim como minha irmã Renata que mesmo de longe, não deixou de manifestar seu apoio, estendendo as mãos sempre que fosse necessário.

Agradeço também em especial ao meu cunhado Miguel que sempre disposto, transitou comigo facilitando muito meu acesso a todos os lugares que me foram necessários neste percurso.

A minha orientadora, Prof^a Rosana, que tanto contribuiu para minha aprendizagem, sempre expressando uma palavra certa, no momento certo, aliviando minha ansiedade.

Ao CEDESS e aos colegas, que sempre estiveram atentos e se ajudaram mutuamente, em especial uma amiga Cristina Sheidel que me acudiu em muitas das minhas dificuldades.

À heroica Sueli, que sempre encontra uma forma de nos auxiliar mesmo a distância.

RESUMO

As políticas indutoras de Educação e Saúde têm impulsionado as universidades brasileiras a refletir e agir, no sentido de liderar a proposição, implementação e avaliação de ações educacionais e pedagógicas inovadoras, desafiadoras em prol de uma formação de profissionais da saúde aptos para atender as demandas e as necessidades da população com habilidades e competências que priorizem o trabalho em equipe, a humanização dos serviços de saúde, a interdisciplinaridade, a integralidade no cuidado e a melhoria da qualidade dos serviços ofertados à comunidade. Entende-se por competência, o resultado de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, que conferem ao profissional de saúde condições para desenvolver seu trabalho na perspectiva do trabalho em equipe para conferir maior resolutividade nos serviços de saúde. Nesta perspectiva, o presente estudo teve como objetivo analisar a formação de profissionais da saúde na perspectiva da integralidade no cuidado e construir uma matriz que subsidie o planejamento e avaliação de competências. Primeiramente, foi realizada a análise documental dos projetos pedagógicos dos 11 cursos de formação em saúde da UNIFESP, dos princípios do Sistema Único de Saúde e das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da saúde. Em seguida, o questionário de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional (PEDUZZI e NORMAN, 2012), em escala Likert, foi aplicado com a ampliação de outros dois fatores. A aplicação foi realizada de modo presencial em cada curso de graduação em saúde da UNIFESP: educação física, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, biomedicina, farmácia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Dentre 218 estudantes convidados a responder o questionário, 187 estudantes concluintes dos referidos cursos completaram o instrumento, que teve como ênfase avaliar o preparo para o trabalho em equipe e a integralidade no cuidado na percepção dos estudantes. Os dados receberam tratamento estatístico: análise exploratória dos dados com média, mediana, desvio padrão, frequência absoluta e relativa, Análise Fatorial, Alpha de Cronbach e o Teste do Sinal. Os resultados indicam que os currículos atendem aos princípios estabelecidos pelas DCNs e na percepção dos estudantes concluintes, o desenvolvimento de inúmeras competências foram facilidades durante o processo de formação. Analisando cada fator separadamente por curso, observou-se comportamentos muito similares entre os mesmos. Das 36 assertivas, a maioria encontra-se em zona de conforto, oito assertivas mostram-se em zona de alerta. Os cursos de farmácia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional sinalizam zona de perigo apenas para a assertiva A20 que se refere à função do profissional para a atenção centrada no paciente. O produto resultante deste estudo foi a construção de uma matriz que tem por finalidade auxiliar no planejamento e avaliação de competências para a formação profissional nos cursos da área da saúde. Esse produto será socializado com os coordenadores dos cursos da UNIFESP no sentido de subsidiar o aprimoramento da formação em saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde; formação profissional; trabalho em equipe; integralidade no cuidado; matriz de competências.

ABSTRACT

The inductive policies on Education and Health Care have impelled the Brazilian universities into reflecting and acting towards leading the proposition, the inclusion and the evaluation of innovative educational and pedagogical actions, which lead into the formation of healthcare professionals who are apt to reach the demand and the necessities of the population with ability and that give priority to team work, humanization of Health services, interdisciplinarity, integrality in care and improvement of the quality of services which are offered to the community. For competence one should understand the result of a reunion of abilities, attitudes and knowledge that give the health professional the conditions to develop his job regarding team work in order to obtain better results. Through this perspective this study had as an objective evaluate the formation of healthcare professionals regarding the level of care and develop a matrix that can support the planning and evaluation of competences. First of all, there has been made a documental analysis of the pedagogical projects of the 11 courses of graduation in Health at UNIFESP, the principles of the SUS (Brasil's National Health Care System) and of the Curricular National Guidelines of the Health courses. Right after that, a questionnaire on the Measure of the Disponibility for Interprofessional Learning Process (PEDUZZI and NORMAN, 2012) held on Likert scale, was applied with the addition of other two factors. This was done for every graduation course on Healthcare at UNIFESP in a presential manner such as: Physical Education, Nursing, Physical Therapy, Speech Therapy, Medicine, Biomedicine, Pharmacology, Nutrition, Psychology, Social Service and Occupational Therapy. Among the students who were asked to answer this questionnaire, 187 of them who were taking the final stages completed it, which had the target of evaluating the level of preparation for team work and the integrality in care. The data were dealt with regarding statistics: an exploratory data analysis considering average, median, standard deviation, absolute and relative frequency, Factorial Analysis, Alpha de Cronbach and the Signal Test. The results indicate that the curriculums were in accordance to the principles established by DCN's and considering the graduating students perception, the development of various competencies were enhanced during the formation process. Analyzing each factor individually considering each course, similar behaviors among them could be observed. From the 36 statements, the majority is located in a comfort zone, while 8 of them are located in an alert zone. The courses on Pharmacology, Psychology, Social Service and Occupational Therapy have signaled an alert only for statement number 20 which refers to "the main function of the professional while centering attention on the patient". The resultant product of this study was the construction of a matrix of competencies that has the target of evaluating the presence/absence of competencies in the process of graduation on Health and helping the planning and evaluation of the courses. This product will be shared with the course coordinators in order to support the improvement of the pedagogical processes of the Health courses at UNIFESP.

Indicate 5 key words: Education on Health; Professional formation; Teamwork ; Completeness on care; Matrix of competencies

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Característica da amostra.	35
TABELA 2	Análise documental dos Projetos Pedagógicos dos 11 cursos de saúde da UNIFESP.	47
TABELA 3	Frequência absoluta e relativa de curso, gênero e ano de conclusão.	48
TABELA 4	Média geral dos cursos, desvio padrão, mediana e teste do sinal para mediana das 36 asserções separadas por fator.	56
TABELA 5	Distribuição das respostas das 36 asserções separadas por fator.	57
TABELA 6	Média; desvio padrão; mediana e teste de <i>Kruskal-Wallis</i> separadas por cursos da Baixada Santista.	60
TABELA 6b	Média; desvio padrão; mediana e teste de <i>Kruskal-Wallis</i> separadas por cursos dos demais campi.	65
TABELA 7	Análise Fatorial para as 36 asserções, com as cargas fatoriais após rotação Varimax e os respectivos autovalores, percentual da variabilidade explicada, Alpha de Cronbach, teste de Bartlett e KMO.	71

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

FIGURA 1	Porcentagem da distribuição da idade dos estudantes concluintes dos cursos de saúde da UNIFESP.	49
FIGURA 2	Comportamento dos cursos em relação às zonas de conforto (verde), alerta (amarelo), perigo (vermelho).e média de cada assertiva (preto).	54
QUADRO 1	Distribuição dos cursos de graduação por <i>campi</i> da UNIFESP e semestre de matrícula dos estudantes, em 2014.	34
QUADRO 2	Intervalo das médias, classificação por cores e providências.	51
QUADRO 3	Classificações das Asserções Observadas no questionário Medida de Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional conforme o curso e a zona.	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEDESS	Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIHC	The Canada Inter-Professional Health Collaborative
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EIP	Educação Interprofissional
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas
IPC	Colaboração Interprofissional
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PRO-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PPP	Projeto Político-Pedagógico
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SESu	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
---------------------	----

INTRODUÇÃO

POLÍTICAS INDUTORAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
UM OLHAR AMPLIADO SOBRE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL
COMPETÊNCIAS E SUA INTERFACE COM AS PRÁTICAS EM SAÚDE
E EDUCAÇÃO

PROPOSTA DO ESTUDO

OBJETIVO GERAL

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

METODOLOGIA

FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA
CENÁRIO DA PESQUISA
CRITÉRIO DE ESCOLHA DOS CURSOS
PARTICIPANTES
PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS
PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

RESULTADO E DISCUSSÃO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS E APÊNDICES

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido
Questionário
Produto – Matriz de Competências

APRESENTAÇÃO

“Um profissional de saúde 'colaborativo preparado para a prática' é aquele que aprendeu como trabalhar em uma equipe interprofissional e tem competência para este fim”(OMS, 2010, p. 07).

Sou enfermeira formada no ano de 2000 pela Universidade Federal de São Paulo, tenho como base de formação um conceito de saúde ampliado, que não envolve apenas o tratamento e recuperação da doença, mas a articulação entre os setores: social e o econômico, espelhado nas Resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com um processo de mobilização nacional expressivo de mudanças de paradigmas do modelo assistencial de saúde. Porém, a realidade oferece ao profissional de saúde um ambiente de práticas no qual ele se depara com sistemas facilitadores de ações individuais e de resoluções rápidas para os problemas apresentados pelos indivíduos. Quando há necessidade de intervenção de outra especialidade, nos deparamos com o tradicional “encaminhamento”, que se apresenta na realidade dos cenários de atenção à saúde, como um repasse do problema ainda não resolvido a outro profissional, finalizando sua ação e sua responsabilidade com o indivíduo antes mesmo das demandas serem sanadas. Como profissional de saúde, essa trajetória inquietante vem me impulsionando e me sensibilizando a refletir sobre os modelos de atendimento prestado às pessoas que necessitam de atenção á saúde e como os profissionais são formados para assumir os cenários de prática e se relacionar com a população.

Percebo um modelo assistencial de prática médico/curativa, individual, assistencialista e especializada, pautado no Modelo Flexneriano¹, em detrimento a saúde pública. ¹

Além disso, defronta-se com o complexo atendimento médico-privado, com apoio estatal, voltado para a geração de lucro e para o olhar direcionado para as alterações do indivíduo

¹ O Modelo Flexneriano está fundamentado no *Relatório Flexner*, realizado por Abraham Flexner, no início do século XX, publicado pela Fundação Carnegie, USA. Refere-se à medicina orientada para o indivíduo, o biologicismo, o mecanicismo, a especialização, a tecnificação, e a exclusão de práticas alternativas, com ênfase na prática curativa. Teve grandes repercussões não só na formação médica, mas, sobretudo na estrutura organizacional e funcional do sistema público de saúde. (MENDES, 1996, p.238-239).

e para as doenças presentes. Um modelo que entende a saúde apenas como ausência de doença.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades. No campo denominado saúde, os profissionais, na maioria das vezes, centram-se em aspectos aparentes ou apenas nos sinais externos, reduzindo o ser humano a um objeto, desconsiderando-o em sua singularidade e historicidade enquanto sujeito da sua saúde. Tais práticas favorecem a reprodução fiel do modelo biotecnologicista, monopolizado pela medicina, no qual a comunicação socialmente relevante é a doença, ao invés da saúde. Essa concepção fragmentada e reducionista é, freqüentemente, creditada pela indústria farmacêutica e tecnológica, a qual potencializa a doença ao invés de estimular o ser e o viver com saúde dos indivíduos (DALMOLIN, BACKES, ZAMBERLAN, SCHAURICH, COLOMÉ e GEHLEN, 2011).

Não diferente dos sistemas privados, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro reproduz, frequentemente, o modelo biomédico ao focar as práticas assistencialistas, focadas no modelo tradicional biologicista e determinista, em detrimento das ações integradas e integrativas voltadas para a promoção e educação da saúde. Tais considerações requerem novos debates e discussões, a fim de ampliar o conceito de saúde, pela valorização do ser humano como um ser uno e multidimensional, isto é, capaz de manter-se saudável ou viver com saúde, mesmo que em uma condição de doença.

Deste processo de debates e discussões, também os docentes, profissionais de saúde que atuam na área do ensino, formadores de opiniões em saúde, devem fazer parte da construção de novos referenciais que possibilitem um conceito ampliado de saúde, apreendido enquanto um fenômeno integral, integrador e potencializador de um viver com mais saúde e uma formação profissional que vá ao encontro de novos referenciais de atenção à saúde da população.

Nessa direção, algumas questões emergem: Será que estamos prestando cuidados adequados à sociedade que necessita dos serviços de saúde? Os profissionais de saúde estão sendo preparados para entender e atender a população com vistas aos princípios da integralidade no cuidado e aos conceitos ampliados de saúde? Os cenários de prática estão abertos às mudanças necessárias para a melhoria da atenção à saúde? Como

podemos rever nossas ações no sentido de promover saúde, no seu sentido ampliado de seu conceito?

Com base nessas reflexões, optei por investigar o desenvolvimento de competências durante o processo de formação dos profissionais em saúde na perspectiva do cuidado de forma integrada e compartilhada, balizando entre as ações e estratégias desenvolvidas na contemporaneidade, a fim de analisar os esforços que estão sendo realizados em prol da transformação da realidade vivenciada por mim e por muitos profissionais nos serviços de saúde brasileiros.

INTRODUÇÃO

POLÍTICAS INDUTORAS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO

Numa época em que o mundo enfrenta a falta de profissionais de saúde, os formuladores de políticas estão buscando estratégias inovadoras que possam ajudá-los a desenvolver novas políticas e programas para motivar a força de trabalho de saúde mundial. (OMS, 2010)

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi criada em 1902, sendo a mais antiga agência internacional de saúde do mundo. É um organismo internacional de saúde pública com mais de um século de experiência, dedicado a melhorar as condições de saúde dos países das Américas. A integração às Nações Unidas acontece quando a entidade se torna o Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. A OPAS também faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a colaboração interprofissional em educação e prática como uma estratégia inovadora que desempenhará um papel importante na redução da crise de saúde mundial. O documento *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa* (OPAS/OMS, 2010) tem como objetivo proporcionar aos formuladores de políticas uma ampla compreensão sobre como a educação interprofissional e a prática colaborativa funcionam em um contexto global. As evidências mostram que, conforme esses profissionais de saúde percorrem o sistema, oportunidades para eles adquirirem experiência interprofissional os ajudam a aprender as habilidades necessárias para se tornarem parte da força de trabalho de saúde colaborativa e preparada para a prática. Uma força de trabalho colaborativa preparada para a prática é uma maneira específica de descrever os profissionais de saúde que tenham recebido treinamento eficaz sobre educação interprofissional. A educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a efetiva colaboração e melhorar os resultados na saúde. Ao entender como trabalhar de forma interprofissional, os estudantes estão prontos para entrar no local de trabalho como membro da equipe de prática colaborativa. Trata-se de um passo fundamental na transição de sistemas de saúde fragmentados para uma posição mais fortalecida. (OPAS, 2010)

No Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), organismo de cooperação internacional, aponta a necessidade de mudança dos padrões de formação de recursos humanos em saúde na região, a partir dos anos 1960. O primeiro instrumento jurídico de cooperação técnica OPAS-Brasil data de 1973 e já previa maior integração entre o sistema de formação de profissionais de saúde e serviços da rede assistencial do sistema de saúde que seria utilizada como recurso pedagógico. Nos anos 1980, as experiências acumuladas particularmente nos campos da educação médica e da enfermagem deram origem a uma importante proposta de mudança na formação dos profissionais de saúde: o Programa UNI (Programa – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União a Comunidade). Patrocinado pela Fundação Kellogg, no Brasil o Programa envolveu 6 projetos nas cidades de: Londrina, Marília, Botucatu, Brasília, Salvador e Natal.

As políticas indutoras da Educação e Saúde têm impulsionado as universidades com cursos na área da saúde, a refletir e agir, no sentido de liderar a proposição, implementação e avaliação de ações educacionais e pedagógicas inovadoras, desafiadoras em prol de uma formação de profissionais da saúde, aptos para atender a demanda e as necessidades da população, com habilidades e competências que priorizem o trabalho em equipe; a integralidade no cuidado; a humanização dos serviços de saúde; e, a melhoria da qualidade dos serviços ofertados à comunidade. (BRASIL, 2012)

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, contou com um processo de mobilização nacional expressiva de mudanças de paradigmas do modelo assistencial à saúde, onde constituintes produziram um capítulo dedicado à definição de saúde no interior da Seguridade Social, reconhecendo-a como direito universal e dever do Estado, conforme exposto no artigo 196:

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL 1988, p133)

Essa nova condição é regulamentada, em 1990, a partir das Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde e a Lei nº 8.142/90 que trata da participação popular e da transferência intergovernamentais de recursos financeiros para

a área, detalhando o conceito de saúde e os princípios de universalidade, equidade e integralidade, além dos princípios organizativos: regionalização; hierarquização, descentralização; comando único; a participação popular e a complementaridade do setor privado, dentro do Sistema Único de Saúde - SUS. (BRASIL, 2001)

O artigo 3º da Lei 8080/90, vem explicitar o novo conceito de saúde:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (Lei nº8. 080/90 de setembro de 1990).

Esta nova concepção vincula a saúde aos diversos condicionantes sociais e a integralidade humana. As ações desencadeadas nesta área devem pautar-se pelos princípios norteadores do SUS. “O princípio da universalidade explicita que todas as pessoas, indiscriminadamente, têm direito à saúde, por se tratar de direito de cidadania e dever das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.” (ALMEIDA, et al, 2001, p.35)

A equidade, outro princípio doutrinário do SUS, atenta às diferenças e desigualdades existentes com relação às necessidades e o acesso dos grupos populacionais aos serviços de saúde, ao afirmar que:

[...] todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades [...] os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes [...]. O SUS deve tratar desigualmente os desiguais. (ALMEIDA, et al, 2001, p.35)

Já, o princípio da integralidade considera as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Logo, deve-se articular com outras políticas públicas como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que repercutem na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. (BRASIL, 2001)

A integralidade deve assumir ações de saúde combinadas e voltadas, ao mesmo tempo para prevenção e a cura. Os serviços devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que o levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser entendido como um ser social, cidadão que biológica psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. Dessa forma, o

atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para as suas doenças. Isso exige que o atendimento seja feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar de danos. Ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de: **promoção** (que envolve ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação, etc.), **proteção** (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária etc.) e **recuperação** (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes).

Essas ações de promoção, proteção e recuperação devem formar um todo indivisível. As unidades prestadoras de serviço, com seus diferentes graus de complexidade, devem formar também um todo indivisível, configurando-se, assim, um sistema capaz de prestar assistência integral. (ALMEIDA, et al, 2001, p.35-36).

O Governo Federal vem implementando, políticas de inclusão social que têm expressões concretas nas áreas sociais, especialmente na Saúde e na Educação. Na área de Saúde há um consistente esforço para a substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar. Neste sentido o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação (MEC), e com o apoio da OPAS, instituíram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O objetivo do programa é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença. Tendo como critérios gerais: a) tratamento equilibrado dos três eixos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica; b) clareza na abordagem conceitual, determinantes sociais do binômio saúde-doença; c) esquema curricular com a clara possibilidade de articulação com o serviço de saúde; orientação quanto à regulação e sistema de referência; possibilidade de compartilhar orçamento (Escola e Serviço); integração do Hospital Ensino nas redes de serviço, e indicação de parâmetros de avaliação. (BRASIL, 2012)

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, vem como uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com seus princípios e necessidades. O Programa tem

como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE, em implementação no país desde 2005. O PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, e é uma parceria entre a SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, a SESu do Ministério da Educação e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR). (BRASIL, 2010)

O Programa Nacional de Telessaúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde pela portaria nº 35, de 04 de janeiro de 2007, é coordenado pela SGTES e pela SAS do Ministério da Saúde, em articulação com outros ministérios, universidades públicas e entidades das áreas de Saúde e Educação, buscam qualificar 2.700 equipes de Saúde da Família, por meio da utilização de modernas tecnologias de informação e comunicação, capazes de promover a teleeducação/telessaúde, possibilitando a resolubilidade na Atenção Básica do SUS, visando a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à população por meio de uma qualificação permanente. (BRASIL, 2007).

COMPETÊNCIAS E SUA INTERFACE COM AS PRÁTICAS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

Nos últimos anos, o termo competência tem ocupado lugar de destaque nos discursos e documentos educacionais. No Brasil, a introdução à noção de competências ocorreu a partir das reformas educacionais nos anos 1990, realizadas sob a orientação e o apoio financeiro de organismos internacionais.

De acordo com Fleury e Fleury (2001)², o tema “competência”, seu desenvolvimento e gestão, entrou para a pauta das discussões acadêmicas e empresariais, associado a diferentes instâncias de compreensão: no nível da pessoa (a competência do indivíduo),

² ¹ No livro *Estratégias Empresariais e Formação de Competências* (FLEURY e FLEURY, 2001), as várias instâncias da discussão do conceito de competência são incorporadas, trabalhando-se, por exemplo, os vários arranjos empresariais e a formação de competências em redes, cadeias e *clusters* de empresas.

no nível das organizações (*the core competences*) e dos países (sistemas educacionais e formação de competências).

O termo “competência” é muitas vezes usado para descrever o conhecimento necessário para ser capaz de executar uma tarefa específica. Porém hoje já se tem um conceito mais ampliado.

Competência e habilidade são dois conceitos que estão relacionados. A habilidade é conseguir pôr em prática as teorias e conceitos mentais que foram adquiridos, enquanto a competência é mais ampla e consiste na junção e coordenação de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Norman (1985) descreve que o termo “competência” é mais do que conhecimento e que inclui a compreensão do conhecimento clínico, habilidades técnicas e de comunicação, bem como a capacidade de resolver problemas por meio do julgamento clínico.

Na Conferência Mundial de Educação para Todos, realizada em Jomtien, na Tailândia em 1990, foram definidos quatro pilares da educação, que deveriam ser a meta para o desenvolvimento educacional em todos os países signatários de seus documentos. Esses pilares são: Aprender a conhecer; Aprender a fazer; Aprender a viver com os outros; e, Aprender a ser. (DELORS, 1996)

Percebe-se que são objetivos que vão muito além da informação ou mesmo do mero desenvolvimento de um conhecimento intelectual. Abarcam toda a formação humana e social do indivíduo. Metas desse porte envolvem conhecimento, comportamento, conceitos, procedimentos, valores, atitudes, saber, fazer e ser, os quais não podem ser atingidas com um ensino livresco, fragmentado, conteudista, estereotipado, estagnado. Exigem novas perspectivas, uma nova visão da Educação. (GARCIA, 2014)

Ao longo das últimas décadas, um conjunto de três fatores precisa ser desenvolvido para se adquirir a denominada “competência”: conhecimentos, habilidades e as atitudes. Tais comportamentos são necessários para se tornar um indivíduo bem sucedido em qualquer profissão. (CHIC, 2010)

No Brasil, as recomendações contidas em documentos oficiais (SUS, DCNs) indicam que as competências a serem desenvolvidas devem contemplar a formação de profissionais para atender às demandas e características do sistema de saúde vigente no país, a

atenção integral a saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência.

As DCNs dos Cursos de Graduação em Saúde apresentam um formato comum para as áreas de conhecimento que integram a saúde, preocupando-se com os seguintes itens: perfil do formado egresso/profissional; competências e habilidades; conteúdos curriculares; estágios e atividades complementares; organização do curso; acompanhamento e avaliação. Para atingir esses aspectos introduziram-se conceitos inovadores da Pedagogia estimulando o abandono do modelo tradicional dos cursos baseados em disciplinas estanques associados a mera transmissão do conhecimento para um projeto pedagógico construído coletivamente, centrado no estudante como sujeito de aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem”. (ROSSIT,2011)

Em consonância às políticas nacionais de saúde e educação, as DCNs dos cursos de graduação na área da Saúde (BRASIL, 2002) descrevem o perfil do formado egresso/profissional como de formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, atuando em princípios éticos na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde. Além do delineamento do perfil do profissional em formação, estas diretrizes elaboram tópicos que versam sobre as *Competências e Habilidades* gerais e específicas para as profissões da Saúde.

Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro do seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual como coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seu trabalho dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas com a resolução do problema de saúde, tanto individual como coletivo;

Tomada de decisões: a atuação dos profissionais de saúde deve ser fundamentada na capacidade de tomar decisões visando ao uso apropriado, efetividade e custo efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada.

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

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

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

Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto em sua formação, quanto em sua prática. Dessa forma devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágio das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Dentre as habilidades e competências específicas, mesmo que dotadas de itens relacionados ao exercício da profissão, ainda encontramos pontos comuns, como: a) capacidade de trabalhar em conjunto com outros profissionais da área da saúde – aprender a viver juntos; b) ser conhecedor privilegiado dos problemas locais da saúde; c) estar apto a intervir no processo de desenvolvimento, propondo e realizando medidas de caráter preventivo; d) estar apto ao mercado de trabalho; e) estar preparado para acompanhar o avanço técnico-científico – aprender a aprender; d) estar capacitado a valorizar prioritariamente as necessidades de saúde da população, com ênfase na ação preventiva, dentro de uma visão integral e de valores éticos e culturais. (BRASIL, 2002)

Conforme descrito por Mello e Turmena (2011), a partir das mudanças no mundo do trabalho, vem emergindo um novo cenário educacional, exigindo dos trabalhadores um conjunto de saberes que permita a inserção no mundo do trabalho e a permanência no emprego, de modo a atender às novas exigências demandadas pela sociedade. Exigências estas reafirmadas por intermédio da pedagogia das competências, defendida por Philippe Perrenoud, cujo objetivo é dotar os indivíduos de comportamentos flexíveis, que lhes permitam adaptar-se as condições impostas pelo mundo do trabalho, atendendo às demandas do processo de reestruturação produtiva.

Para Perrenoud, a abordagem por competências considera os conhecimentos como ferramentas a serem mobilizados conforme as necessidades, a fim de que se possa resolver determinadas situações-problema apresentadas na escola, no trabalho e fora dele. O autor define competência como “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”. (PERRENOUD, 1999, p. 07).

As competências são aquisições, são aprendizados construídos. Construir uma competência significa aprender a identificar e a encontrar os conhecimentos pertinentes. Só há competência estabilizada quando “a mobilização dos conhecimentos supera o ‘tatear reflexivo’ ao alcance de cada um e aciona esquemas constituídos”. (PERRENOUD, 1999, p. 23)

[...] a evolução do mundo, das fronteiras, das tecnologias, dos estilos de vida requer uma flexibilidade e uma criatividade crescentes dos seres humanos [...] Nessa perspectiva, confere-se ocasionalmente à escola, a missão prioritária de desenvolver a inteligência como capacidade multiforme de adaptação às diferenças e as mudanças. (PERRENOUD, 1999, p.15)

Para Batista (2010), a centralidade na formação para a integralidade do cuidado, articulando currículo, avaliação, gestão e integração com os serviços, traduz a compreensão de que a prática em saúde vem demandando um trabalho que transcende os fazeres individualizados de cada profissão, assumindo a importância da equipe. Projeta-se, assim, um profissional de saúde que, não abrindo mão da formação específica, possa estar atento às diferenças, aos movimentos de inclusão, ao interprofissionalismo presente em suas ações.

Entende-se que a formação dos profissionais da saúde implica na triangulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes, concretizada nos

espaços de ensino, trabalho, pesquisa e extensão que envolvem os condicionantes relativos à missão institucional da universidade e dos serviços de saúde (BATISTA, 2010, p.14).

Fleury e Fleury (2001) abordam o conceito de competência como uma combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes, resultantes do processo de socialização (especialmente da formação educacional e das experiências profissionais e de vida) que convergem para determinados padrões do pensar, do sentir e do agir vinculados a contextos específicos de trabalho.

A Educação Baseada em Competências (EBC)

é uma estratégia sofisticada de planejamento curricular, que oferece uma série de vantagens. É uma abordagem intuitiva que envolve uma equipe interessada [] incentiva uma abordagem centrada no aluno e, ao mesmo tempo apóia a tendência para aumentar responsabilidades e garantias de qualidade. A EBC destaca às áreas do currículo que geralmente são negligenciadas, tais como ética e atitudes (NORMAM, NORCINI, BORDAGE, 2014, p.1).

A aproximação entre a Universidade e a realidade dos serviços aprimorará a qualidade dos serviços prestados e fará com que a produção acadêmica nas áreas de ensino, pesquisas e serviços possa se tornar mais relevante à sociedade. A verdadeira autonomia deve tornar a academia menos vulnerável a pressões de caráter imediatistas e mais conectada às necessidades da sociedade. (SARAIVA FELIPE, Ministro da Saúde, 2005).

Trabalhos como o desenvolvido pelo Colégio de Disciplinas em Saúde na Universidade de British Columbia, em 2008, destaca as práticas colaborativas como parcerias eficazes de trabalho com outros profissionais, pacientes/clientes, famílias, outras equipes, organizações e indivíduos para atingir objetivos comuns. O domínio prática colaborativa é composto por quatro sub-seções: 1) Tomada de decisão; 2) Papéis e Responsabilidades; 3) Equipe Funcionamento; e, 4) Melhoria Contínua da Qualidade. Ao examinar consistências, inconsistências, sobreposição, discrepâncias e linguagem entre estes aspectos, um "quadro de competências para a Colaboração Interprofissional foi desenvolvido (<www.chd.ubc.ca/competency>).

UM OLHAR AMPLIADO SOBRE A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

O grande desafio da área da saúde concentra-se na necessidade de se compreender o ser humano como um ser singular e multidimensional que está inserido em um contexto real e concreto.

O documento “*Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*” (OMS, 2010, p. 10) reconhece que “muitos sistemas de saúde no mundo estão fragmentados e com dificuldades para gerenciar as necessidades de saúde não atendidas”. Assim, a força de trabalho de saúde é desafiada a prestar serviços de saúde frente a problemas cada vez mais complexos.

A OMS reconhece que:

[...] os sistemas de saúde e educação devem trabalhar em conjunto para coordenar as estratégias para a força de trabalho de saúde. Se o planejamento da força de trabalho de saúde e a elaboração de políticas estão integrados, a educação interprofissional e a prática colaborativa podem ser plenamente sustentadas (OMS, 2010, p. 10).

A Educação Interprofissional (EIP), conforme descrita por Barr (1998), consiste na inversão da lógica tradicional da formação em saúde onde cada prática profissional pensada e discutida em si, abrindo espaços para a discussão do interprofissionalismo. É uma proposta onde profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, na melhoria da qualidade no cuidado ao paciente no qual o trabalho de equipe, a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão são características marcantes.

Em outubro de 2008, com financiamento da Saúde do Canadá, o *The Canada Inter-professional Health Collaborative* (CIHC) estabeleceu um grupo de trabalho cuja missão foi a revisão da literatura relacionada com as competências, rever quadros de competências existentes para IPE e IPC e outros quadros de competências para provedores de saúde, assumindo que estes quadros poderiam fornecer um ponto de partida para analisar, debater e incentivar a reflexão em torno das bases fundamentais para um perfil interprofissional e para desenvolver uma ampla estrutura para a colaboração interprofissional. (CIHC, 2010)

Conforme descrito no CIHC (2010), o objetivo geral da educação interprofissional e da prática colaborativa é fornecer aos usuários do sistema de saúde melhores resultados em saúde.

A Colaboração Interprofissional (IPC), ocorre quando os estudantes, profissionais, pacientes/clientes, famílias e comunidades desenvolvem e mantêm relações de trabalho inter-profissionais que permitem resultados ótimos de saúde. Elementos de Colaboração incluem o respeito, a confiança, a tomada de decisão compartilhada e parcerias.

Na Austrália, um estudo de pesquisa-ação de quatro anos foi realizado em todo o sistema de saúde do Território da Capital da Austrália para fortalecer a Colaboração Interprofissional (IPC), em várias atividades de intervenção. Com conclusões de que o estudo de intervenção longitudinal do IPC envolvendo múltiplas atividades de apoio aumentou a colaboração interprofissional e alcançado muitos objetivos específicos do projeto. (BRAITHWAITE et al., 2012).

Para Berndt et al. (2012), a colaboração organizacional entre líderes e profissionais de saúde é uma força fundamental para garantir a inovação necessária para a qualidade na assistência ao paciente.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde (BRASIL, 2001) destacam princípios, competências e habilidades que devem ser desenvolvidas nos profissionais de saúde para a maior resolutividades das demandas nos serviços básicos de saúde, como uma ação de fortalecimento do SUS.

No Brasil, as experiências com Educação Interprofissional (EIP) ainda são escassas, e é nesse contexto que se insere o desenho curricular dos cursos de graduação na saúde (educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional) do *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo.

Assume-se como objetivo dos cursos a formação de um profissional de saúde preparado para o trabalho em equipe, com ênfase na integralidade do cuidado numa formação técnico cientista e humanista. Para concretizar esses objetivos, os seguintes princípios direcionam o Projeto Pedagógico: indissociabilidade de ensino, prática profissional como eixo norteador, problematização do ensino através da prática e da pesquisa, interdisciplinaridade, posição ativa do aluno na construção do conhecimento, posição facilitadora e mediadora do docente no processo ensino aprendizagem, integração com a

comunidade, dinamicidade no plano pedagógico com construção e reconstrução permanente avaliação formativas com *feedback* no processo desenvolvimento docente. Os compromissos assumidos na formação em saúde ancoram-se na compreensão da ciência numa perspectiva que rompe com o caráter instrumental dos conteúdos e metodologia própria dos campos científicos envolvidos na construção de reflexão crítica sobre as práticas em saúde a partir dos condicionantes biológicos, culturais, do trabalho, das relações sociais, das condições de produção e de vida nas sociedades. (UNIFESP, 2006).

A EIP apresenta-se atualmente como a principal estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde. A implantação da EIP na formação em saúde consiste de oportunidades de treinamentos conjuntos para o desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas ocasiões nas quais duas ou mais profissões aprendem juntas com e sobre as outras, como proposta de formação; a educação interprofissional vem sendo discutida nos últimos trinta anos, especialmente nos Estados Unidos e Europa, com o intuito de estimular o aprimoramento do cuidado em saúde por meio do trabalho de equipe. Os princípios da educação interprofissional se aplicam tanto para a graduação das diferentes profissões de saúde quanto para a educação permanente dos profissionais componentes de uma equipe de trabalho. Para isto, a valorização da história de diferentes áreas profissionais, a consideração do outro como parceiro legítimo na construção de conhecimentos, com respeito pelas diferenças num movimento de busca, diálogo, desafio, comprometimento e responsabilidade são componentes essenciais. (BATISTA, 2012)

Balizando entre os conceitos e refletindo sobre as necessidades de ações, em consonâncias com as políticas indutoras de educação e saúde no Brasil, é que esta pesquisa apresenta algumas considerações para avançar no estudo da área, no intuito de contribuir com as discussões a respeito da formação profissional em saúde.

PROPOSTA DO ESTUDO

Este estudo está ancorado numa proposta de ação, à luz das políticas indutoras, visando a construção de uma ferramenta de apoio educacional e pedagógico – matriz de competências - para subsidiar a formação profissional em saúde na perspectiva do trabalho em equipe e integralidade do cuidado.

A partir da problematização e do referencial teórico apresentado surgem as questões norteadoras desta pesquisa:

- Quais competências estão descritas nos Projetos Pedagógicos (PPC) dos cursos de graduação para a formação de profissionais da saúde na UNIFESP?
- Os estudantes concluintes dos cursos de saúde da UNIFESP, modalidade bacharelado, percebem o desenvolvimento das competências para o trabalho em equipe e a integralidade do cuidado durante o processo de formação?
- A integralidade do cuidado e o trabalho em equipe são conteúdos previstos no processo de formação dos cursos de graduação em saúde da UNIFESP?
- Como a análise dos Projetos Pedagógicos e a percepção dos estudantes concluintes contribuem para subsidiar a construção de uma matriz de competências?

Tem-se como hipótese, que a construção de uma matriz de competência pode auxiliar no planejamento do ensino, aprendizagem e avaliação durante a formação profissional na área da saúde na UNIFESP, possibilitando aprimorar os currículos no sentido de atender aos direcionamentos contidos nas DCNs e nos demais documentos internacionais, que versam sobre o desenvolvimento de *competências* para as profissões da saúde.

OBJETIVO PRINCIPAL

Analisar a percepção de estudantes concluintes dos cursos de saúde da UNIFESP sobre o trabalho em equipe e a integralidade do cuidado no processo de formação profissional.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Identificar as competências para formação de profissionais de saúde descritas nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de graduação em saúde da UNIFESP;

Identificar, por meio da percepção de estudantes concluintes, o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe e a integralidade do cuidado durante o processo de formação.

Construir uma matriz de competências que subsidie o planejamento do ensino, aprendizagem e avaliação de competências para estudantes de graduação na saúde.

METODOLOGIA

FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

Com vista a alcançar os objetivos propostos neste estudo, optou-se por uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo-analítico, a qual utilizou a abordagem qualitativa e quantitativa.

De acordo com Gil (2002), pesquisas exploratórias são aquelas que proporcionam maior familiaridade e clareza com o problema estudado, tendo como objetivo principal o aperfeiçoamento de ideias ou a descoberta de intuições. A flexibilidade das pesquisas exploratórias possibilita que vários aspectos do objeto estudado possam ser considerados.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 1994). A principal característica das pesquisas qualitativas é o fato de que estas se utilizam da compreensão e interpretação dos dados.

Segundo Silva e Menezes (2000), a pesquisa descritiva torna-se importante por descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática, além de prever um complemento analítico que merece atenção, uma vez que contém uma análise crítica do pesquisador em relação às ideias expressas.

Nos estudos transversais são coletadas informações em um mesmo momento de indivíduos diferentes, podendo ser usado para organizar e analisar grupos ou aspectos relevantes de uma determinada habilidade. Uma das vantagens desse tipo de estudo é a possibilidade de avaliar as habilidades em um curto período de tempo, sem perdas dos sujeitos de pesquisa, por ser realizada em um único momento, o que a torna prática para o pesquisador. Uma das desvantagens está em não controlar totalmente os efeitos das variações individuais, apesar de já existirem técnicas que minimizem esses efeitos (MOTA, 2010).

A pesquisa quantitativa tem como objetivo demonstrar dados, indicadores e tendências observáveis, tornando-os inteligíveis através das variáveis. Esta trata de probabilidades, associações estatisticamente significantes, fundamentais para o reconhecimento de uma realidade (MINAYO, SANCHES, 1993).

Assim, o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não apresenta oposição, mas complementaridade, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo dicotomias (MINAYO, DESLANDES e GOMES, 2010).

CENÁRIO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada com os estudantes concluintes dos cursos de saúde da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP³, matriculados nos *campi*: São Paulo com os cursos de Medicina, Enfermagem; Fonoaudiologia e Biomedicina; Santos com os cursos de Terapia Ocupacional, Educação Física, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e Serviço Social; e Diadema com o curso de Farmácia/ Bioquímica, totalizando 11 cursos. A seguir descreve-se as características dos cenários de realização da pesquisa.

A Escola Paulista de Medicina, desde sua criação em 1933, tem apresentado expressivo crescimento e desenvolvimento, contribuindo para os avanços das ciências, para a formação de profissionais e pesquisadores e para a excelência da assistência à saúde, sendo o Hospital São Paulo – nosso Hospital Universitário – referência de alta complexidade para o país. Ao longo de sua história tem atuado de forma articulada aos diferentes contextos sociais, contribuindo para formulação e implantação de importantes políticas públicas nas áreas da educação e da saúde. Foi reconhecida, em 1994, como instituição federal, passando então a ser denominada Universidade Federal de São Paulo; em 2010, ocorreu a mudança de estruturas acadêmicas e administrativas do nível central da universidade para instalações próprias. Assim, o campus São Paulo – Vila Clementino, oficialmente, se estabelece como tal, de forma independente, com suas duas Unidades

³ Informações extraídas do Projeto Pedagógico Institucional (PPI) da Universidade Federal de São Paulo, 2006. Disponível em: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Docente/Meus%20documentos/Downloads/27-08-2006PPI_CONSOLIDADO.pdf.

Universitárias, forças originárias da Unifesp – Escola Paulista de Medicina e Escola Paulista de Enfermagem.

Vinculada ao Ministério da Educação é uma universidade pública que tem por objetivo desenvolver, em nível de excelência, atividades inter-relacionadas de ensino pesquisa e extensão, com ênfase no campo das ciências da saúde. O ensino compreende as áreas de Graduação, Programas de Residência (Médica e de Enfermagem), Programas de Pós Graduação *stricto* e *lato sensu* e cursos de extensão.

Em resposta à demanda política do governo federal de expansão das vagas públicas no ensino superior e de interiorização das atividades das universidades federais, a UNIFESP elaborou o projeto pedagógico do *campus* na Baixada Santista, tornando-se, com isto, uma instituição *multi-campi*. O projeto de implantação foi apresentado ao MEC pela reitoria com quadro docente e técnico-administrativo, recursos de investimento e de custeio, tendo seu convênio sido assinado para implantação de cursos de Graduação em março 2006.

A expansão no *campus* Baixada Santista manteve a tradição da UNIFESP com a área da saúde, implantando os cursos de graduação em Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Educação Física e Terapia Ocupacional em 2006 e o curso de Serviço Social em 2009.

A partir de 2006, integrando a política federal na área da educação, tem vivenciado intenso processo de expansão e, hoje, conta com seis campi, 79 cursos de graduação e 49 programas de pós-graduação *stricto sensu* nas áreas das ciências biológicas, exatas e humanas.

No *campus* de Diadema, ainda em áreas de interface com a saúde, a UNIFESP amplia seu espectro de formação para as áreas de Química, Engenharia Química, Ciências Biológicas e Farmácia/Bioquímica. Outros três *campi* compõem o processo de expansão, porém, não mantém interface com a área da saúde.

Destaca-se que a missão da UNIFESP para a graduação é formar indivíduos que, além da aquisição de conhecimento, adquiram a capacidade de autoaprendizagem e desenvolvam atitudes e habilidades que possibilitem um desempenho profissional competente, crítico e ético, com perspectiva humanista.

O Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI (DELORS, 1996) aponta que:

para poder dar resposta ao conjunto de suas missões, a educação, deve organizar-se à volta de quatro aprendizagens fundamentais que ao longo de toda a vida, serão de algum modo, para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: aprender a conhecer, isto é, adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; finalmente, aprender a ser, via essencial que integra os três precedentes (p.77).

A graduação em saúde enfrenta desafios importantes: fragmentação do ensino, dicotomias no projeto pedagógico (básico-clínico, ensino serviço, clínico epidemiológico, saúde-doença), biologicismo e hospitalocêntrico na formação, deslocamento do aluno para a posição do sujeito que recebe passivamente a informação, centralidade do processo pedagógico no professor como transmissor de informações, fragilidade no processo de profissionalização docente, desvinculação dos currículos em relação às necessidades da comunidade, despreparo do egresso para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado, dentre outras, o que justificaram a elaboração dos Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação em saúde, o que reflete as dimensões política, filosóficas e teórico-metodológicas que orientam as práticas e as instâncias formativas da UNIFESP. Também expressa uma visão acerca de como a universidade se relaciona com seu entorno, ou mais que isto, qual é a estrutura pela qual, formando cidadãos críticos, a universidade faz extravasar, por meio da capacitação de pessoas, o conhecimento fértil para o desenvolvimento do país.

CRITÉRIO DE ESCOLHA

Foram selecionados para inclusão neste estudo, os cursos de graduação na área da saúde em condição de Bacharelado. Além deste critério, a escolha considerou os cursos cujos Projetos Pedagógicos apresentaram aspectos e descritores relacionados às Diretrizes Curriculares Nacionais instituídas a partir de 2001.

A criação dos critérios de aderência foi feito, com base nos aspectos contidos no PPC dos cursos de graduação da UNIFESP em consonância com as competências e habilidades contidas nas DCNs: *Atenção à saúde; Tomada de decisões; Comunicação; Liderança; Administração e gerenciamento; e, Educação permanente.*

Nas DCNs, dentre as habilidades e competências específicas, mesmo que dotadas de itens relacionados ao exercício da profissão, foram encontrados pontos comuns, como: a) capacidade de trabalhar em conjunto com outros profissionais da área da saúde – aprender a viver juntos; b) ser conhecedor privilegiado dos problemas locais da saúde; c) estar apto a intervir no processo de desenvolvimento, propondo e realizando medidas de caráter preventivo; d) estar apto ao mundo de trabalho; e) estar preparado para acompanhar o avanço técnico-científico – aprender a aprender; d) estar capacitado a valorizar prioritariamente as necessidades de saúde da população, com ênfase na ação preventiva, dentro de uma visão integral e de valores éticos e culturais.

Estes critérios foram definidos em busca da obtenção de indicadores similares entre os cursos analisados.

O projeto foi desenvolvido em três *campi* da UNIFESP (Diadema, Santos e São Paulo), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP-CEP, Parecer nº 378.806 de 30/08/2013.

Quadro 1. Distribuição dos cursos de graduação por *campi* da UNIFESP e semestre de matrícula dos estudantes, em 2014.

DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS POR CAMPI*					
Santos		São Paulo		Diadema	
Psicologia	8º	Fonoaudiologia	6º	Farmácia/Bioquímica	6º
Educ. Física	6º	Medicina	10º		
Fisioterapia	6º	Enfermagem	6º		
Nutrição	6º	Biomedicina	6º		
T. Ocupacional	6º				
Serviço Social	6º				

* Selecionado somente os cursos de Bacharelado.

PARTICIPANTES

Do universo dos 228 estudantes concluintes dos cursos de graduação em saúde da UNIFESP - Enfermagem, Medicina, Fonoaudiologia, Educação Física, Fisioterapia,

Terapia Ocupacional, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Farmácia, Biomedicina. A partir dos esclarecimentos sobre o estudo, da concordância e da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Anexo I), 186 dos 228 estudantes (85,3%) responderam o questionário em sala de aula, na presença do pesquisador. A Tabela 1 apresenta os dados de caracterização da amostra.

TABELA 1. Caracterização da amostra de acordo com o curso de origem e as porcentagem de respondentes.

CURSOS	PRESENTES	RESPONDENTES	RETORNO (%)	N=186 (%)
Educação Física	10	06	60	3,2
Fisioterapia	26	23	92	12,4
Nutrição	27	24	89	12,9
Psicologia	15	08	54	4,3
Serviço Social	25	16	64	8,6
Terapia Ocupacional	25	22	88	11,8
Biomedicina	10	05	60	2,7
Enfermagem	25	24	90	12,9
Farmácia	15	11	74	5,9
Fonoaudiologia	28	27	96	14,5
Medicina	22	20	91	10,8
Total	228	186	-----	100

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi estruturada em duas fases: sendo a primeira dedicada à análise documental e a segunda à aplicação de questionário.

Conforme descrito por Carbone (2005), para identificação das competências geralmente é realizado inicialmente uma pesquisa documental que inclui análise do conteúdo da missão institucional sobre a visão de futuro, dos objetivos e de outros documentos relativos à estratégia de planejamento educacional.

A primeira fase aconteceu em ambiente virtual, onde foram acessados e apreciados os 11 projetos pedagógicos dos cursos de saúde da UNIFESP *campus* Diadema, Santos e São

Paulo. Estes Projetos Pedagógicos foram disponibilizados em ambiente virtual após aprovação nas instâncias competentes da Universidade.

Foram levantados através dos projetos pedagógicos os tópicos que versam em consonância com as DCNs, nos seguintes aspectos: Atenção à saúde; Tomada de decisão; Comunicação; Liderança; Administração e Gerenciamento; e, Educação Permanente, acrescido da análise do item “Perfil do egresso”, levando-se em consideração apontamentos referentes ao trabalho em equipe e a integralidade do cuidado. Analisou-se também, as matrizes curriculares dos referidos cursos no sentido de manter a homogeneia quanto a característica de bacharelado.

Em momento posterior, os coordenadores de curso e/ou a secretaria de graduação de cada Unidade Administrativa da UNIFESP alvo do presente estudo (Enfermagem, Medicina, Fonoaudiologia, Biomedicina, Educação Física, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Farmácia) foram contatados no sentido informar os dias e horários em que os estudantes estariam em sala de aula, para que a pesquisadora pudesse comparecer para a coleta de dados.

Foram convidados a responder o questionário de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional – MDAI (PEDUZZI e NORMAN, 2012) um total de 228 estudantes concluintes dos cursos de saúde da UNIFESP. O questionário tem a finalidade de avaliar a prontidão dos estudantes da saúde para o trabalho em equipe e a integralidade no cuidado durante o processo de formação na graduação. Este questionário foi aplicado em sala de aula na presença do pesquisador, no semestre imediatamente anterior ao deslocamento destes estudantes para o campo de estágio supervisionado de último ano, a fim de facilitar a captação do maior número possível de participantes para pesquisa.

Uma carta convite foi elaborada, seguida do TCLE com esclarecimentos, relevância e objetivos do presente estudo. Mediante a manifestação livre e esclarecida de concordância com os termos da pesquisa, o questionário foi disponibilizado e respondido presencialmente em sala de aula de cada Unidade Administrativa da UNIFESP, à presença da pesquisadora. O tempo médio de resposta ao questionário foi de 20 minutos.

O questionário *Readiness Interprofessional Learning Scale* - RIPLS (PARSELL e BLIGH, 1999) foi traduzido, submetido a adaptação transcultural no Brasil por Peduzzi e Norman

(2012). O questionário de *Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional - MDAI*, com 26 assertivas na Escala Likert avaliou atitudes e prontidão para três Fatores: a) Trabalho em equipe e colaboração (10 itens); b) Identidade profissional (7 itens); e, c) Atenção centrada no paciente (9 itens), com o objetivo de avaliar a prontidão dos estudantes da saúde para o trabalho em equipe e a integralidade no cuidado. Para atender às características do presente estudo, o MDAI foi ampliado com outros dois fatores de análise: d) Competências comuns aos profissionais da saúde (6 itens) sendo utilizadas as propostas pelas DCNs; e) Competências propostas nos projetos pedagógicos (4 itens), totalizando 36 assertivas em escala Likert com cinco opções de respostas: Concordo totalmente (CT); Concordo (C); Nem concordo Nem discordo (N); Discordo (D) e Discordo totalmente (DT). Foram atribuídas a cada opção de resposta os seguintes valores: CT (5), C (4), N (3), D (2) e DT (1).

O instrumento foi apresentado sem a denominação dos Fatores e com as asserções em sequência numérica contínua (0-36). No Anexo II encontra-se o questionário na forma original com os Fatores.

O modelo de questionário adotado (PEDUZZI e NORMAN, 2012) é a escala de atitudes do “tipo Likert” (GRONLUND, 1985; PASQUALI, 1996; COLARES ET al., 2002). Em sua teoria, Likert sustenta que uma atitude é *‘uma disposição para a ação’*, e o instrumento de medida proposto por ele pretende verificar o nível de concordância do sujeito com uma série de afirmações que expressem algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico (PASQUALI, 1996). Desta maneira, espera-se que indivíduos que apresentem atitudes favoráveis a determinado tema possivelmente concordem com itens que expressem algo positivo sobre a questão. Se os sujeitos têm atitudes negativas frente a um tema específico, poderão concordar com afirmações ou itens que expressem aspectos negativos ou desfavoráveis ao tema e discordar daqueles que salientem pontos positivos. Por outro lado, se os sujeitos são ambivalentes em relação ao conteúdo da afirmação, ou não têm atitude bem definida, poderão expressar dúvidas diante de alguns itens.

Segundo Minayo (2009), o questionário “tipo Likert” busca mensurar valores, opiniões e vivências intersubjetivas no campo das Ciências Sociais. Marconi e Lakatos (2010) afirmam que esse tipo de escala é ideal para conhecer atitudes e opiniões qualitativas que permitem a quantificação.

Tendo em vista os objetivos desta pesquisa, a opção do Likert foi uma estratégia de exploração da realidade em estudo. Um computador foi utilizado para organização do banco de dados, armazenamento e análise dos dados.

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Fase 1- Análise Documental

Para responder à 1ª Fase da pesquisa, foi realizada, em ambiente virtual, a leitura dos 11 Projetos Pedagógicos em busca de descritores relacionados às competências e habilidades alinhados aos estabelecidos nas DCNs: *Atenção à saúde; Tomada de decisões; Comunicação; Liderança; Administração e gerenciamento; e, Educação permanente* com ênfase na estrutura curricular e na descrição das competências necessárias para o perfil do egresso.

Tendo como pressupostos que os Projetos Pedagógicos (PP) descrevem as práticas pedagógicas implementadas nos cursos em análise, a concepção dos seus processos de ensino e aprendizagem, assim como, o perfil do egresso a ser formado, uma base de dados no formato de planilha foi construída. Foram discriminadas, nos PP, as competências consideradas essenciais para a formação do profissional na perspectiva do trabalho em equipe e da integralidade no cuidado. A fim de refinar os dados, o perfil do egresso também foi analisado, levando-se em consideração apontamento referente ao trabalho em equipe e a integralidade do cuidado. As matrizes curriculares, também foram observadas no sentido de manter a homogeneidade dos cursos quanto a característica de bacharelado.

A construção da base de dados priorizou indicadores que versassem sobre as competências gerais e comuns dos 11 cursos, em consonância com as competências propostas nas DCNs para as graduações na saúde, de modo que tornasse possível o registro e a sinalização da presença dos conteúdos relacionados ao preparo para o trabalho em equipe e a integralidade no cuidado durante o processo de formação,

Fase 2 – Análise Estatística

Para responder aos objetivos do estudo foram utilizadas, além de técnicas básicas de análise exploratória de dados como média, mediana, desvio padrão, frequência absoluta e relativa, outras três técnicas de análise estatística: a Análise Fatorial, o Alpha de Cronbach e o Teste do Sinal.

Detalhes técnicos sobre cada uma dessas três metodologias utilizadas nesse trabalho podem ser vistas nas seções 2.1, 2.2, 2.3 e 2.4, que seguem abaixo.

2.1- Análise Fatorial. A Análise Fatorial é uma técnica que permite a redução de variáveis através da identificação de Fatores comuns que são variáveis latentes mensuradas através de um conjunto de variáveis observáveis do estudo. Apesar de ser muitas vezes confundida com a análise de componentes principais, podemos dizer que há uma grande diferença conceitual entre as duas metodologias. A análise de componentes principais tem como objetivo reduzir dimensão com o máximo de variabilidade explicada (todos os componentes juntos explicam 100% dos dados), enquanto que a análise fatorial busca a existência de fatores comuns, sendo que o total de variabilidade explicada não será necessariamente 100%. Apesar da diferença, para caso de grandes quantidades de variáveis mensuradas, os resultados das duas metodologias serão muito próximos.

A definição do fator comum é feita através da otimização da função:

$$X = \beta F + E$$

onde X é o vetor de variáveis observáveis que acreditamos ser definida por um fator conceitual (F), F é o vetor de fatores conceituais que causou os valores na variável mensurada e E é o vetor de efeitos únicos das variáveis X , composto pelo fator único da variável e pelo erro aleatório.

As suposições da análise fatorial são de que os fatores únicos não são correlacionados e os mesmos não são correlacionados com a variável latente.

Os valores dos parâmetros são estimados através da matriz de correlações.

$$R = \beta' \beta + U$$

onde R é a matriz de correlações e U é uma matriz diagonal contendo as variâncias dos fatores únicos.

A variância comum entre as variáveis é conhecida como comunalidade e é expressa pela diagonal principal de R-U, em que cada elemento é variância da variável explicada pelo fator comum.

Para procurar uma melhor interpretação dos fatores, é prática comum fazer uma rotação ou uma transformação dos fatores. O método mais comum de rotação, tal que o resultado final será composto por fatores ortogonais, é o método *Varimax*.

A ideia do método consiste no seguinte: para cada rotação dos fatores que ocorre, há o aparecimento de altas cargas para poucas variáveis, enquanto que as demais cargas ficarão próximas de zero.

Quando a variância atinge o máximo, o fator tem maior interpretabilidade ou simplicidade, no sentido de que as cargas deste fator tendem ou à unidade, ou à zero. O critério de máxima simplicidade de uma matriz fatorial completa é definido como a maximização da soma destas simplicidades.⁴

2.2- Alpha de Cronbach. O Alfa de Cronbach, apresentado por Lee J. Cronbach em 1951, é uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa. Esse coeficiente mede a correlação entre respostas em um questionário através da análise das respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas.

O coeficiente α é dado por:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Onde K é o número de itens, V_i é a variância de cada item e V_t é a variância total.

Valores de Alpha de Cronbach maiores que 0,8 indicam que o instrumento é confiável e produz mensurações estáveis e consistentes. Valores menores que 0,8 indicam que o

⁴ Hair A. "Análise multivariada de dados", 2005

instrumento apresenta uma variabilidade heterogênea entre seus itens e, portanto, poderá levar a conclusões equivocadas.⁵

2.3- Teste do Sinal para a mediana. No Teste do Sinal calculamos o número de valores acima e abaixo do valor a ser testado. No caso da escala likert, queremos saber se o número de observações abaixo do valor de interesse é maior do que o número de observações iguais o maiores a este valor.

Seja μ o valor de interesse, então se $x_i > \mu_0$, ao par é atribuído um sinal positivo (+) e se $x_i < \mu_0$, ele recebe um sinal negativo (-), onde x_i é o valor da resposta para a i -ésima observação.

Se $x_i = 3$ a observação deve ser excluída da análise e portanto o tamanho da amostra n deve ser coerentemente reduzido.

Como o valor mediano da escala likert é de 3, consideramos que $\mu_0 = 3$.

Seja S a quantidade de sinais + na amostra. Sob a hipótese nula esperamos ter um número aproximadamente igual de sinais + e -. Equivalentemente, a probabilidade de que uma diferença seja positiva é $\frac{1}{2}$ e a probabilidade de que seja negativa é também $\frac{1}{2}$ ($S \sim \text{binomial}(n; 0,5)$).

O teste do sinal não faz suposição sobre a distribuição da resposta. A hipótese a ser testada é:

H_0 : # de observações acima de μ_0 é maior do que # de observações abaixo de μ_0

Onde rejeitar H_0 significa que a existem mais respostas abaixo de μ_0 .

2.4- Teste de Kruskal-Wallis. O teste Kruskal-Wallis um teste não paramétrico que equivale ao teste F da ANOVA, ou seja, o teste de Kruskal-Wallis tem como objetivo

⁵ HORA, MONTEIRO E ARICA. "Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach". [S.l.]: "Produto & Produção", 2010, p. 85-103.

detectar se existe diferença significativa entre as médias (parâmetro de localização das distribuições) de k amostras diferentes. Este teste não paramétrico tem a vantagem, perante ao teste F da ANOVA, o fato de não supor normalidade na distribuição da variável de interesse nem homoscedasticidade (igualdade de variância das k diferentes populações) dependendo apenas que a variável seja de escala ordinal.

O teste Kruskal-Wallis é baseado na estatística de postos. Em que utilizamos os números de ordem das observações para obter a estatística do teste. Primeiramente juntam-se as observações de todos os grupos que queremos comparar (k amostras), e ordenam-se todas as observações de forma crescente, o número de ordem de cada observação é seu posto. Quando existem observações iguais (empates), o número de ordem a atribuir a cada uma das observações empatadas é o número de ordem médio dos números de ordem que essas observações teriam se não estivessem empatadas.

Sejam k as amostras em análise, cada um com N_i repetições, Pretende-se verificar se as k amostras têm distribuições idênticas. O teste de hipóteses é:

H_0 : As distribuições das k amostras são idênticas;

H_1 : As distribuições das k amostras diferem na localização.

A estatística de teste é:

$$H = \frac{12}{N \cdot (N + 1)} \sum_{i=1}^k \frac{R_i^2}{N_i} - 3 \cdot (N + 1)$$

onde R_i é a soma dos números de ordem das N_i observações do grupo i.

Se existem números de ordem empatados, a estatística de teste deve ser corrigida para:

$$C = 1 - \frac{\sum_{t=1}^m (u_t^3 - u)}{N^3 - N}$$

Em que u é o número de empates em cada grupo e m é o número de grupos de ordem empatados.⁶

A Análise Fatorial foi utilizada para investigar quais são os fatores produzidos pelo instrumento, e avaliar se os fatores obtidos pela análise condizem com os cinco fatores teóricos definidos. Foi utilizado também o Alpha de Cronbach, que tem como objetivo estimar a confiabilidade do questionário, bem como a estabilidade e consistência dos valores obtidos na pesquisa. O Teste do Sinal foi utilizado com o objetivo de avaliar estatisticamente o nível de concordância dos respondentes a cada uma das 36 asserções do instrumento. E, por fim, o Teste de Kruskal-Wallis foi desenvolvido com o objetivo de avaliar, estatisticamente, a diferença entre as médias das 36 asserções entre os diferentes cursos.

⁶ Lehmann, E. L., "Nonparametrics: Statistics methods based on ranks", 1975.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PROJETOS PEDAGÓGICOS E SUAS SINGULARIDADES

Projeto Pedagógico do *campus* Baixada Santista

O desafio no ensino é a ruptura com os modelos disciplinares rígidos e a busca por um projeto de formação em saúde que signifique integração de diferentes conhecimentos e áreas disciplinares e profissionais. Neste sentido, 'integrar' implica pensar em novas interações no trabalho em equipe interprofissional, configurando trocas de experiências e saberes numa postura de respeito à diversidade, cooperação para efetivar práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e exercício permanente do diálogo (UNIFESP, 2006).

Assumir a Educação Interprofissional (EIP) como direcionador implica num desenvolvimento de uma proposta formativa interdisciplinar e interprofissional, rompendo com estrutura tradicional centrada nas disciplinas e na formação específica de determinado perfil profissional. Assim, todos os cursos têm um desenho curricular direcionado por quatro eixos de formação (Trabalho em Saúde; O ser Humano em sua dimensão biológica; O Ser Humano e sua Inserção social; e, Aproximação a uma prática específica em saúde) que perpassam os anos de graduação. Em cada um dos eixos, módulos aglutinando áreas temáticas afins constituem a proposta curricular. Prevê-se uma articulação entre os quatro eixos propostos, orientados pela formação de profissionais de saúde comprometidos com atuações consistentes, críticas e potencialmente transformadoras da realidade social com ênfase na EIP, interdisciplinaridade, enfoque problematizador e produção do conhecimento.

Os seguintes princípios direcionadores constam no projeto do *campus* Baixada Santista:

- A indissociabilidade Ensino, Pesquisa e Extensão;
- Pesquisa como elemento impulsionador do ensino e da extensão na Instituição;
- A prática profissional como eixo norteador do projeto pedagógico;
- A problematização do ensino a partir da prática e da pesquisa;
- A interdisciplinaridade;

- A postura ativa do estudante na construção do conhecimento;
- A postura facilitadora e mediadora do docente no processo ensino e aprendizagem;
- A integração com a comunidade;
- A integração entre os diferentes níveis de ensino e pesquisa;
- A dinamicidade do plano pedagógico: construção e reconstrução permanente;
- Desenvolvimento docente;
- A avaliação formativa como retro-alimentação do processo;

Esta inovação atende à demanda atual do mundo do trabalho, que busca profissionais aptos ao trabalho em equipe e a integralidade no cuidado. Os projetos pedagógicos dos cursos de graduação deste campus (educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional) seguem a mesma estrutura

Projeto Pedagógico do *campus* São Paulo

O *campus* São Paulo tem sua história pautada inicialmente na fundação da Escola Paulista de Medicina (1933), Escola paulista de Enfermagem (1939), Ciências Biológicas – modalidade médicas /Biomedicina (1966) e Fonoaudiologia (1968).

Os Projetos Pedagógicos dos cursos (PPC) do *campus* São Paulo visam formar o profissionais com postura transformadora em qualquer nível de desenvolvimento dos programas de saúde, atendendo aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, solidariedade e hierarquização que norteiam o SUS do país. A filosofia dos cursos está pautada no valor do cuidado ao ser humano na sua dignidade, integralidade, no conhecimento científico e nas competências e habilidades, respaldadas pela ética que requer que se preparem os futuros profissionais para a inovação, a reflexão, a crítica construtiva e a busca da autodeterminação profissional.

Projeto Pedagógico do *campus* Diadema

Uma Universidade de alto nível e produtora de conhecimento e recursos humanos de qualidade na área da saúde não poderia furtar-se do compromisso político-social de expandir suas fronteiras e oferecer ensino, pesquisa e extensão em outras áreas do conhecimento.

Neste processo de expansão constante, a UNIFESP cria em 2006 três novos *campi* - Guarulhos, São José dos Campos e Diadema – e dá início a novos cursos de graduação em diferentes áreas do saber. O *Campus* Diadema passa a oferecer, a partir de 2007, os cursos de graduação em Ciências Biológicas, Engenharia Química, Farmácia e Bioquímica e Química (bacharelado) e, mais recentemente os cursos de Química Industrial e Farmácia e Bioquímica em período noturno e Ciências Ambientais e Licenciatura Plena em Ciências. A filosofia dos cursos está pautada no valor do cuidado ao ser humano, integralidade, no conhecimento científico e nas competências e habilidades, respaldadas pela ética que requer que se preparem os futuros profissionais para a inovação, a reflexão, a crítica construtiva e a busca da autodeterminação profissional.

Na análise dos PPC dos 11 cursos, a partir da base de dados construída, foram evidenciados seis grandes domínios a partir dos descritores localizados. Destaca-se que procedeu-se também à análise dos perfis dos egressos contidas nos referidos projetos pedagógicos.

Constatou-se que os PPCs contemplam em seu conteúdo os descritores, porém não foi possível identificar ‘em que momento’ nem ‘como’ as competências são desenvolvidas, o que reforça a necessidade de um olhar atento durante o processo de planejamento do ensino e da aprendizagem.

Para Masetto (1999a) “se temos em mente que o aluno aprende todas essas coisas, que elas estão intimamente ligadas entre si, e que, portanto, têm importância no resultado global da ação educativa, melhor podemos tomar nossas decisões sobre o que fazer em sala de aula e para que fazê-lo” (p.9-10)

A Tabela 2 apresenta dados obtidos da análise dos Projetos Pedagógicos dos 11 cursos da área de saúde da UNIFESP, em São Paulo com os cursos: Medicina, Enfermagem, Biomedicina e Fonoaudiologia; em Santos com os cursos: Terapia Ocupacional, Educação Física, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e Serviço Social; em Diadema com o curso de Farmácia/Bioquímica. Assim como as páginas onde os descritores podem ser localizados.

TABELA 2. Dados obtidos da Análise dos Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação em saúde, modalidade bacharelado, da UNIFESP em 2014.

ANÁLISE DOCUMENTAL DOS PROJETOS PEDAGÓGICOS		
COMPETÊNCIA GERAL	PPC	PÁGINAS
Atenção á saúde no individual e coletivo com resolução de problemas	FONO	48
	TO	43
	ENF	23
	EDUC FISICA	55
	SSV	25
	FISIO	36
	NUTRI	37
	MED	05
	BIOMEDICINA	09
	PSICO	38
FARMACIA	25	
Tomada de decisão com uso apropriado de recursos;	FONO	48
	TO	43
	ENF	23
	EDUC FISICA	55
	SSV	25
	FISIO	36
	NUTRI	37
	MED	05
	BIOMEDICINA	09
	PSICO	38
FARMACIA	25	
Desenvolvimento da efetividade de comunicação verbal e não verbal; habilidades de escrita e leitura;	FONO	48
	TO	43
	ENF	23
	EDUC FISICA	55
	SSV	25
	FISIO	36
	NUTRI	37
	MED	05
	BIOMEDICINA	09
	PSICO	38
FARMACIA	25	
Desenvolvimento de potencial de liderança;	FONO	48
	TO	43
	ENF	23
	EDUC FISICA	55
	SSV	25
	FISIO	36
	NUTRI	37
	MED	05
	BIOMEDICINA	09
	PSICO	38
FARMACIA	25	
Administração e gerenciamento: Aptidão para fazer gerenciamento e administração; dos recursos físicos e materiais e de informação.	FONO	48
	TO	43
	ENF	23
	EDUC FISICA	55
	SSV	25
	FISIO	36
	NUTRI	37
	MED	05
	BIOMEDICINA	09
	PSICO	38
FARMACIA	25	
Capacidade de desenvolver educação continuada e permanente;	FONO	48
	TO	43
	ENF	23
	EDUC FISICA	55
	SSV	25
	FISIO	36
	NUTRI	37
	MED	05
	BIOMEDICINA	09
	PSICO	38
FARMACIA	25	

ANÁLISE EXPLORATÓRIA

Caracterização da Amostra

A análise iniciou-se com uma descrição da amostra de 187 indivíduos respondentes ao estudo e observou-se que 93% dos indivíduos são do gênero feminino e 73% dos indivíduos terão a conclusão do curso em 2014. Ainda em relação aos cursos, observou-se que 14% dos indivíduos cursaram Fonoaudiologia, seguido de Enfermagem e Nutrição (ambas com 13%), Fisioterapia e Terapia Ocupacional (ambas com 12%), Medicina (11%), Serviço Social (9%), Farmácia (6%), Psicologia (4%), Educação Física (3%) e Biomedicina (3%). Totalizando os 11 cursos de formação de saúde da UNIFESP.

TABELA 3. Frequência absoluta e relativa de curso, gênero e ano de conclusão.

	Frequência	%
Curso		
Fonoaudiologia	27	14%
Enfermagem	24	13%
Nutrição	24	13%
Fisioterapia	23	12%
T.Ocupacional	22	12%
Medicina	20	11%
Serviço Social	16	9%
Farmácia	11	6%
Psicologia	8	4%
Educação Física	6	3%
Biomedicina	5	3%
Não resposta	1	1%
Gênero		
F	174	93%
M	12	6%
Não resposta	1	1%
Ano Conclusão		
2013	28	16%
2014	136	73%
2015	19	10%
Não resposta	4	2%
Total	187	100%

Em relação a idade, observou-se uma idade média dos respondentes de 23 anos, com desvio padrão de 4,67. É possível observar também na Figura 1 que 25% dos indivíduos estão na faixa etária de 20 anos ou menos, considerando que esta idade é baixa, para concluintes dos cursos da área da saúde; o que se deve provavelmente pelo ingresso precoce na Universidade, reforçando talvez a maior atenção no processo de formação baseado no desenvolvimento de competências ditas essenciais para formação em saúde.

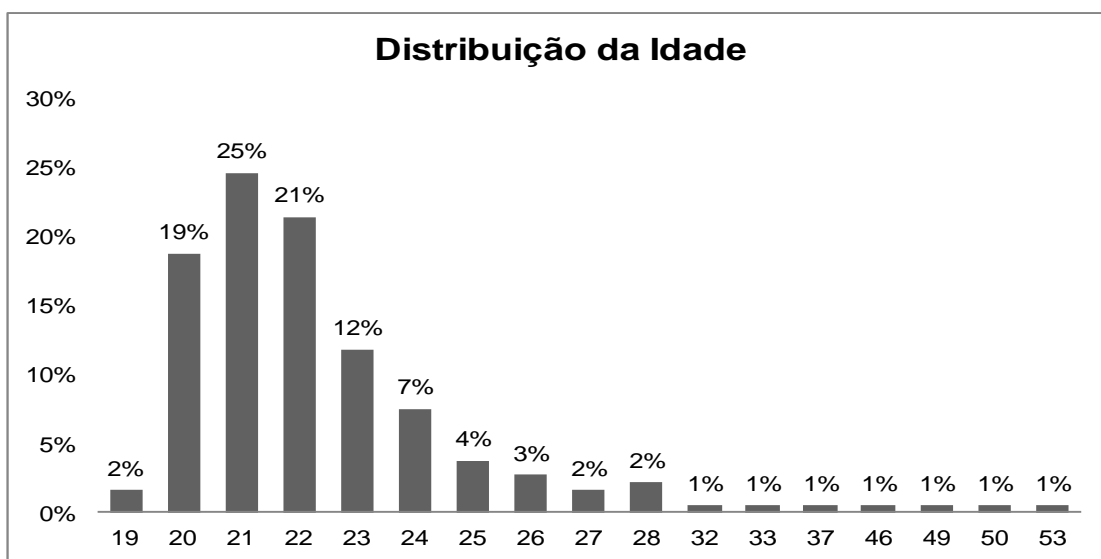


FIGURA 1. Porcentagem da distribuição da idade dos estudantes concluintes dos cursos de saúde da UNIFESP.

A pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), com base nos censos escolares do ensino superior em que foram consideradas as faixas etárias dos calouros, mostra que o ingresso de jovens de forma precoce nas universidades tem sido uma tendência crescente. Segundo dados do Ministério da Educação (MEC), a quantidade de adolescentes que entraram aos 17 anos aumentou 60%, entre 2009 e 2012 (INEP, 2013).

Em relação ao instrumento, foi calculado, primeiramente, o Alpha de Cronbach geral, para todas as 36 questões. O valor obtido foi de 0,867, indicando que o instrumento é confiável e produz mensurações estáveis e consistentes (HORA, MONTEIRO e ARICA, 2010; HAIR, 2005; LEHMANN, 1975). Feito isso, foi calculado ainda o Alpha de Cronbach separadamente para cada um dos 05 fatores teóricos do instrumento, e os valores obtidos foram 0,796 para o primeiro fator, 0,723 para o segundo fator, 0,538 para o terceiro fator, 0,689 para o quarto fator e 0,822 para o quinto e último fator. Com exceção ao último fator, todos os outros apresentam valores abaixo de 0,80, com destaque para o terceiro fator, onde o valor de Alpha de Cronbach foi baixo (0,538). Isso pode indicar, dentre outras coisas, que a estrutura fatorial teórica do instrumento pode não ser esses 05 fatores, o que iremos avaliar mais adiante, na Análise Fatorial desenvolvida. De qualquer forma, vale ressaltar que isso não impacta na confiabilidade geral do instrumento como um todo, uma vez que o Alpha de Cronbach geral foi alto (0,867). O estudo seguiu com a análise exploratória das 36 questões do instrumento, separadas por fator, mas desenvolvida para toda amostra. Além da análise exploratória, foi desenvolvido também o Teste do Sinal, onde foi testada a hipótese nula de que a mediana é maior ou igual a 3, contra a hipótese alternativa de que a mediana é menor que 3. Dessa forma, rejeitar a hipótese nula (p-valor menor ou igual a 0,05) significa que, estatisticamente, os respondentes concordam mais que discordam com a afirmação em questão. Essa rejeição foi observada em praticamente todas as asserções, com exceção a A20 (*“Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional”*) o, com p-valor igual a 1. Dessa forma, podemos concluir que, para a A20, os respondentes discordam ou tem uma posição indiferente mais que concordam, e para todas as outras questões podemos concluir que os respondentes concordam mais que discordam com a afirmação.

O estudo seguiu com a análise exploratória das 36 questões do instrumento, separadas por Fator, mas desenvolvida para toda amostra. Além da análise exploratória, foi desenvolvido também o Teste do Sinal, onde foi testada a hipótese nula de que a mediana é maior ou igual a 3, contra a hipótese alternativa de que a mediana é menor que 3. Dessa forma, rejeitar a hipótese nula (p-valor menor ou igual a 0,05) significa que, estatisticamente, os respondentes concordam mais que discordam com a afirmação em questão. Essa rejeição foi observada em praticamente todas as asserções, com exceção a A20, com p-valor igual a 1. Dessa forma, podemos concluir que, para a A20, os respondentes discordam ou tem uma posição indiferente mais que concordam, e para

todas as outras asserções podemos concluir que os respondentes concordam mais que discordam com a afirmação.

Para analisar o valor médio obtido em cada asserção, foram criadas três classificações. O Quadro 2 apresenta a classificação.

QUADRO 2. Intervalo das médias, classificação por cores e providências.

Intervalo das médias	Classificação	Providências
3,67 – 5,00	Zona de Conforto	Manutenção
2,34 – 3,66	Zona de Alerta	Aprimoramento
1,00 – 2,33	Zona de Perigo	Mudanças Urgentes

A partir dessa classificação e da análise dos Projetos Pedagógicos, construiu-se o Quadro 3 que apresenta as classificações das asserções observadas no q1uestionário Medida de Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional, organizado por cursos e apresentando as 36 assertivas em suas respectivas zonas de Conforto, Alerta ou Perigo.

QUADRO 3. Classificações das Aserções Observadas no questionário Medida de Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional conforme o curso e a zona.

CURSO	CONFORTO	ALERTA	PERIGO
BIOMEDICINA	01, 02,03,04,05,06,07,08,09,10, 11,,12,13,14,15,16,18,19,22,23,24,25,26 27,28,29,30, 31,32,33,34,36.	17,18,20,21,35	
ENFERMAGEM	01, 02,03,04,05,06,07,08,09,10, 11,,12,13,14,15,16,19,22,23,24,25,26 27,28,29,30, 31,32,33,34,36.	17,18,20,21	
FARMACIA	01, 02,03,04,05,06,07,08,09,10, 11,,12,13,14,15,16,19,22,23,24,25,26 27,28,29,30, 31,32,33,34,35,36.	17,18,21	20
FONO	01, 02,03,04,05,06,07,08,09,10, 11,,12,13,14,15,16,19,21,22,23,24,25,26 27,29,30,32,33,34,36.	18,19,20,28,31,35	
MEDICINA	01, 02,04,05,07,08, 18,19,20 21,22,23,24,25,26,27,28,29,30 32,33,34,35,36.	03,06,09,10,11,12,13,14 15,16,17,18,20,31	
EDUC FISICA	01, 02,03,04,05,06,07,08,09,10, 11,,12,13,14,15,16,17,19, 22,23,25,26,27,28,29,30 32,33,34,35,36.	18,20,21,24,31	
FISIOTERAPIA	01, 02,03,04,05,06,07,08,09,10, 11,,12,13,14,15,16,17, 22,23,24,25,26,27,29 32,33,34,35,36.	18,19,20,21,28,30,31	
NUTRIÇÃO	01, 02,03,04,05,06,07,08,09,10, 11,,12,13,14,15,16,17,18,21,22,23,24,25 26,27,28,29,30, 31,32,33,34,35,36.	19,20	
PSICOLOGIA	01, 02,03,04,05,06,07,08,09,10, 11,,12,13,14,15,16,19,22,23,24,25 26,27,28,29,30, 31,32,33,34,35,36.	17,18,21	20
SERVIÇO SOCIAL	01, 02,03,04,05,06,07,08,09,10, 11,,12,13,14,15,16,17,18,19,22,23, 25,26,27,29,32,33,34,35,36.	21,24,28,30,31	20
T.OCUPACIONAL	01, 02,03,04,05,06,07,08,09,10, 11,,12,13,14,15,16,17,22,23,24,25 ,26,27,29,30,32,33,34,35,36.	18,19,21,28,31	20

Na amostra geral não foi constatada nenhuma média em zona de perigo, e a maioria está em zona de conforto, com exceção às asserções A17 (*“Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde”*); A18 (*“Eu me sentiria desconfortável se outros estudantes da área da saúde soubessem mais sobre um tópico que eu”*); A19 (*“Serei capaz de usar frequentemente meu próprio julgamento no meu papel profissional”*); A20 (*“Chegar a um diagnóstico é principal função do meu papel profissional”*); A21 (*“Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente”*) e A31 (*“Administração e gerenciamento: durante minha formação pude desenvolver aptidão para fazer gerenciamento e administração”*), que estão em zona de alerta. Assim, asserções cujas respostas estiverem na média de 1,00 a 2,33 pontos indicam para uma percepção negativa dos respondentes havendo a necessidade de mudanças urgentes; de 2,34 a 3,66 pontos significa que existem fragilidades, o que significa que precisam ser analisadas no contexto de cada curso, pois indicam a necessidade de aprimoramento; por fim, de 3,67 a 5,00 pontos indica percepção positiva dos respondentes, o que demonstra que as competências relacionadas a cada asserção estão sendo trabalhadas e desenvolvidas.

A Figura 2 apresenta o comportamento dos cursos em relação às zona de conforto, alerta e perigo. Destaca-se que somente as asserções que merecem maior atenção por parte dos cursos serão apresentadas, as demais encontram-se em zona de conforto.

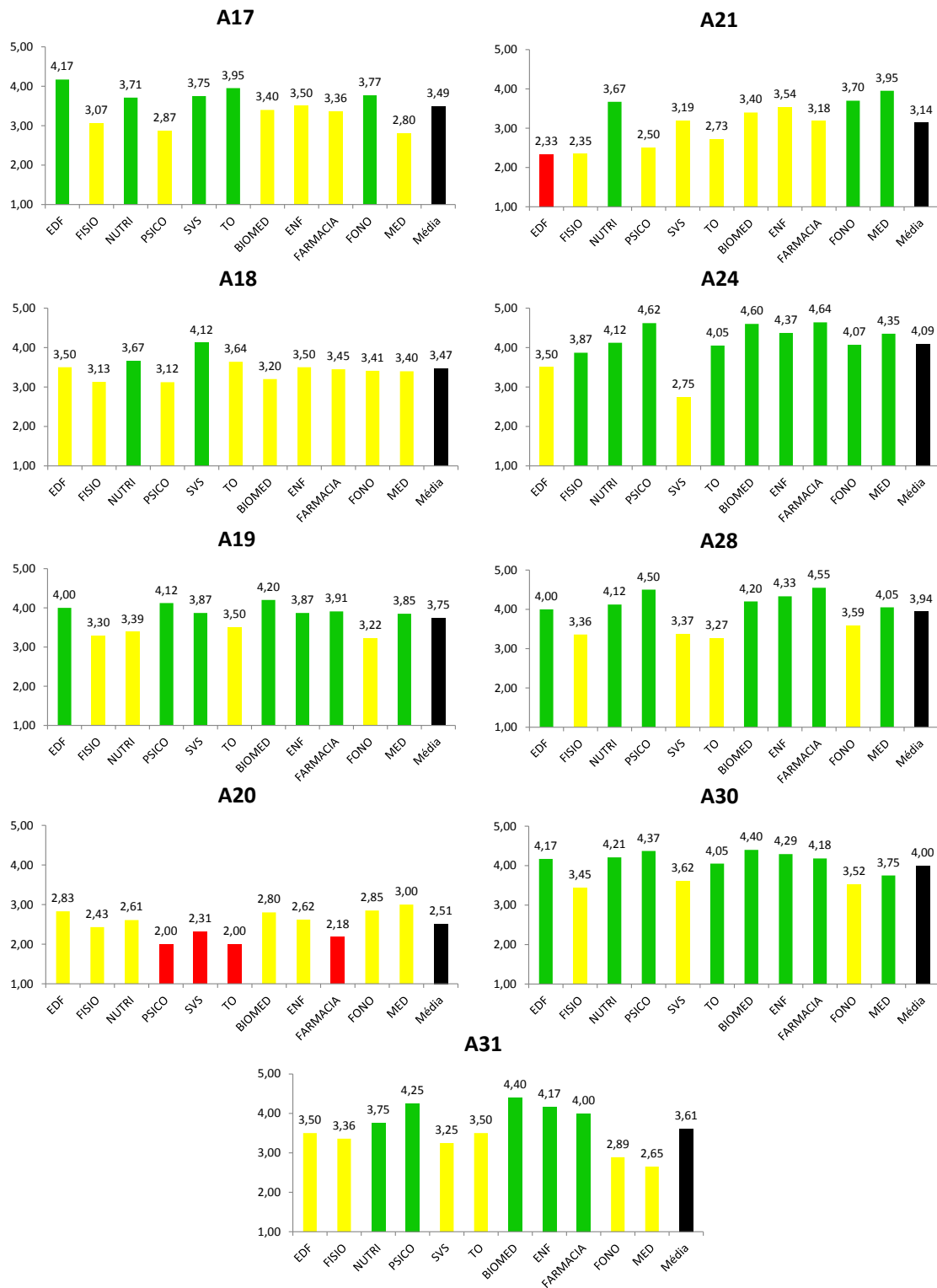


FIGURA 2. Comportamento dos cursos em relação às zonas de conforto (verde), alerta (amarelo), perigo (vermelho).e média de cada assertiva (preto).

Os dados da Tabela 4 mostram a necessidade de ajustes curricular e/ou na implementação dos conteúdos programáticos no sentido de direcionar os processos de ensino e aprendizagem para as competências presentes em cada uma das asserções em sinal de alerta, a saber: A17 (“Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde”); A18 (“Eu me sentiria desconfortável se outros estudantes da área da saúde soubessem mais sobre um tópico que eu”); A19 (“Serei capaz de usar freqüentemente meu próprio julgamento no meu papel profissional”); A20 (“Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional”); A21 (“Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente”) e A31 (“Administração e gerenciamento: durante minha formação pude desenvolver aptidão para fazer gerenciamento e administração”). Para reforçar os resultados apresentados na Tabela 4, foi calculada a distribuição de freqüência relativa de cada uma das 36 asserções em relação à cada uma das 5 opções de resposta da escala Likert. Por essa distribuição, é possível observar um resultado coerente com o resultado do Teste do Sinal. Para isso, basta observar que somente a asserção A20, é a única que não teve a hipótese nula rejeitada pelo Teste do Sinal, apresenta uma distribuição onde a maior freqüência de respostas está entre o “indiferente” e o “discordo totalmente”. A Tabela 5 mostra as porcentagens para as asserções por Fator de análise.

TABELA 4. Média Geral dos 11 cursos, desvio padrão, mediana e Teste do Sinal para mediana das 36 questões, separadas por fator.

Fator	Questão	Média	Desvio Padrão	Mediana	S	p-valor
Fator 1	A1	4,21	0,86	2	8	<0.0001
	A2	4,61	0,67	1	3	<0.0001
	A3	4,16	0,93	2	10	<0.0001
	A4	4,20	0,77	2	3	<0.0001
	A5	4,08	0,87	2	11	<0.0001
	A6	4,13	0,84	2	8	<0.0001
	A7	4,66	0,55	1	2	<0.0001
	A8	4,56	0,61	1	1	<0.0001
	A9	4,01	0,88	2	11	<0.0001
	A10	4,27	0,97	1	16	<0.0001
Fator 2	A11	4,03	0,95	2	17	<0.0001
	A12	4,06	0,83	2	11	<0.0001
	A13	4,08	0,79	2	7	<0.0001
	A14	4,04	0,78	2	6	<0.0001
	A15	4,17	0,91	2	10	<0.0001
	A16	4,12	0,99	2	17	<0.0001
	A17	3,49	0,96	2	22	<0.0001
Fator 3	A18	3,47	0,97	2	32	<0.0001
	A19	3,75	0,95	2	21	<0.0001
	A20	2,72	0,99	4	101	1
	A21	3,14	1,06	2	42	<0.0001
	A22	4,37	0,65	2	3	<0.0001
	A23	4,67	0,49	1	0	<0.0001
	A24	4,09	0,94	2	11	<0.0001
	A25	4,59	0,53	1	0	<0.0001
	A26	4,60	0,56	1	1	<0.0001
	Fator 4	A27	4,54	0,58	1	2
A28		3,94	0,98	2	15	<0.0001
A29		4,36	0,60	2	0	<0.0001
A30		4,00	0,81	2	9	<0.0001
A31		3,61	1,04	2	30	<0.0001
A32		4,15	0,74	2	6	<0.0001
Fator 5	A33	4,23	0,80	2	8	<0.0001
	A34	4,23	0,70	2	3	<0.0001
	A35	4,16	0,98	2	13	<0.0001
	A36	4,17	0,77	2	7	<0.0001

TABELA 5. Distribuição das Respostas das 36 asserções separadas por fator.

Fator	Questão	Concordo totalmente	Concordo	Indiferente	Discordo	Discordo totalmente	Total
Fator 1	A1	41%	46%	9%	2%	2%	100%
	A2	67%	29%	2%	1%	1%	100%
	A3	43%	38%	14%	3%	2%	100%
	A4	39%	44%	15%	1%	1%	100%
	A5	36%	42%	16%	6%	0%	100%
	A6	36%	47%	13%	3%	1%	100%
	A7	69%	29%	1%	1%	0%	100%
	A8	61%	34%	4%	1%	0%	100%
	A9	29%	50%	14%	4%	2%	100%
	A10	51%	36%	4%	7%	2%	100%
Fator 2	A11	34%	45%	11%	8%	2%	100%
	A12	29%	55%	10%	5%	1%	100%
	A13	32%	48%	16%	4%	0%	100%
	A14	27%	54%	15%	2%	1%	100%
	A15	40%	45%	10%	3%	3%	100%
	A16	43%	37%	11%	8%	2%	100%
	A17	15%	42%	31%	9%	3%	100%
Fator 3	A18	13%	43%	27%	15%	2%	100%
	A19	15%	47%	26%	8%	3%	100%
	A20	3%	14%	28%	42%	13%	100%
	A21	13%	47%	17%	19%	4%	100%
	A22	43%	53%	3%	1%	1%	100%
	A23	68%	31%	1%	0%	0%	100%
	A24	37%	41%	17%	4%	2%	100%
	A25	61%	37%	2%	0%	0%	100%
	A26	63%	34%	2%	1%	0%	100%
Fator 4	A27	57%	41%	1%	1%	0%	100%
	A28	26%	43%	22%	5%	3%	100%
	A29	42%	51%	6%	0%	0%	100%
	A30	25%	46%	24%	4%	0%	100%
	A31	15%	39%	29%	11%	5%	100%
	A32	32%	55%	10%	3%	1%	100%
Fator 5	A33	39%	50%	6%	3%	1%	100%
	A34	36%	54%	9%	1%	1%	100%
	A35	44%	38%	11%	4%	3%	100%
	A36	35%	51%	10%	3%	1%	100%

Ainda analisando essa distribuição, é possível observar que a A7 (*“Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros”*) foi a que apresentou maior percentual (69%) de “concordo totalmente” no primeiro Fator; no segundo Fator foi a A16 (*“A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos”*) com 43%; no terceiro foi a A23 (*“Estabelecer uma*

relação de confiança com os meus pacientes é importante para mim”) com 68%; no quarto Fator foi a A27 (*“Atenção à saúde: eu como profissional realizo o meu trabalho dentro dos princípios da ética, bioética tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas com a resolução do problema tanto no individual como no coletivo”*) com 57%; e, no quinto Fator foi a A35 (*“Foi desenvolvido em minha formação capacidade para trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar”*) com 44%.

Para todas as outras asserções, os cursos da Baixada Santista, São Paulo e Diadema estão na zona de conforto, apesar dos cursos São Paulo e Diadema apresentarem, no geral, médias mais altas, com exceção às asserções A19 (*“Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional”*), A20 (*“Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional”*), A21 (*“Minha principal responsabilidade como profissional é tratar o meu paciente”*), A24 (*“Procuo transmitir compaixão aos meus pacientes”*), A28 (*“Tomada de decisão: minha atuação profissional é fundamentada na capacidade de tomar decisão visando o uso apropriado e efetivo de medicamento e de procedimento além de avaliar custo e efetividade da força de trabalho e de práticas”*), A30 (*“Liderança: durante a minha formação pude perceber o desenvolvimento de potencial para assumir cargos de liderança”*) e A31 (*“Administração e gerenciamento: durante minha formação pude desenvolver aptidão para fazer gerenciamento e administração”*).

Na percepção dos estudantes concluintes algumas asserções (A19, A20, A24, A28, A30 e A31) aparecem em sinal de alerta. São assertivas que retratam competências como: autonomia profissional, tomada de decisão, comunicação e liderança. Isso demonstra que o processo de desenvolvimento para tais competências parece ser um desafio tanto para o docente no processo de ensinar, como para o estudante no processo de aprender.

Isso se deve provavelmente ao fato dos cursos da UNIFESP serem recentes na instituição e/ou terem passado por processos de reforma curricular em função dos princípios norteadores das DCNs e das políticas indutoras da saúde e educação.

Para Ronzani (2007), a reestruturação de currículo não devem se limitar aos aspectos formais do projeto pedagógico ou da matriz curricular, mas devem ser extensivo às práticas em saúde, junto ao contexto em que tais ações de formação estão inseridas. É

importante entender que essas mudanças são realizadas por pessoas com interesses, ideologias e crenças específicas, as quais direcionam a formação em saúde.

As políticas de saúde ou educacionais são importantes para orientar os princípios de ação, mas, por si só, não conseguem realizar as mudanças que pretendem. Somente a partir do entendimento de tais fatores e da ênfase na mudança de crenças e atitudes em relação à prática em saúde é que se conseguirá ultrapassar a barreira formal das reestruturações curriculares. Por esta razão, o currículo não pode mais ser visto como um conjunto neutro de conteúdos e uma mera divisão entre aspectos técnicos e aspectos humanos, ele deve ser o planejamento da formação com vistas ao perfil do profissional que se deseja formar (RONZANI, 2007).

Para avaliar esses resultados separadamente por curso, calculou-se a média de cada curso seguida do Teste de Kruskal-Wallis para avaliar, estatisticamente, se essas médias são diferentes entre os cursos. Essa análise foi feita para todas as 36 questões, entre os cursos da baixada santista e entre os cursos dos demais, conforme apresentado nas tabelas 6a e 6b.

Analisando, primeiramente, os cursos da baixada santista, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre cursos das médias das questões A1, A6, A9, A21, A22, A24, A26, A28, A30 e A31, todas com p-valor menor ou igual a 0,05 (destacados em cinza na Tabela 6a).

TABELA 6a. Média, desvio padrão, mediana e teste de Kruskal-Wallis separadas pelos cursos da baixada Santista.

Questão	Curso	N	Média	Desvio Padrão	Mediana	p-valor (Kruskal-Wallis)
Q1	EF	6	4,00	1,10	2,00	0,04
	FISIO	23	4,30	0,63	2,00	
	NUTRI	24	4,68	0,49	1,00	
	PSICO	8	4,50	0,76	1,00	
	SS	16	3,94	1,06	2,00	
	TO	22	4,68	0,57	1,00	
Q2	EF	6	4,83	0,41	1,00	0,51
	FISIO	23	4,78	0,42	1,00	
	NUTRI	24	4,83	0,64	1,00	
	PSICO	8	4,25	1,39	1,00	
	SS	16	4,75	0,45	1,00	
	TO	22	4,73	0,46	1,00	
Q3	EF	6	4,17	0,75	2,00	0,55
	FISIO	23	4,35	0,71	2,00	
	NUTRI	24	4,62	0,58	1,00	
	PSICO	8	4,37	0,74	1,50	
	SS	16	4,06	1,18	1,50	
	TO	22	4,41	0,67	1,50	
Q4	EF	6	4,50	0,55	1,50	0,33
	FISIO	23	3,96	0,71	2,00	
	NUTRI	24	4,21	0,78	2,00	
	PSICO	8	4,50	0,53	1,50	
	SS	16	3,87	1,15	2,00	
	TO	22	4,27	0,63	2,00	
Q5	EF	6	4,17	0,75	2,00	0,58
	FISIO	23	4,17	0,83	2,00	
	NUTRI	24	4,29	0,81	1,50	
	PSICO	8	4,62	0,52	1,00	
	SS	16	4,19	0,83	2,00	
	TO	22	4,05	0,79	2,00	
Q6	EF	6	4,00	0,89	2,00	0,01
	FISIO	23	4,32	0,57	2,00	
	NUTRI	24	4,65	0,49	1,00	
	PSICO	8	4,62	0,52	1,00	
	SS	16	3,75	1,06	2,00	
	TO	22	4,59	0,59	1,00	
Q7	EF	6	4,83	0,41	1,00	0,58
	FISIO	23	4,68	0,48	1,00	
	NUTRI	24	4,78	0,42	1,00	
	PSICO	8	4,75	0,46	1,00	
	SS	16	4,47	1,06	1,00	

	TO	22	4,91	0,29	1,00	
Q8	EF	6	4,33	0,52	2,00	
	FISIO	23	4,52	0,59	1,00	
	NUTRI	24	4,67	0,56	1,00	0,12
	PSICO	8	4,87	0,35	1,00	
	SS	16	4,25	0,77	2,00	
	TO	22	4,68	0,48	1,00	
Q9	EF	6	4,00	0,63	2,00	
	FISIO	23	3,86	0,99	2,00	
	NUTRI	24	4,33	0,64	2,00	0,03
	PSICO	8	4,75	0,46	1,00	
	SS	16	3,69	1,14	2,00	
	TO	22	4,38	0,50	2,00	
Q10	EF	6	4,00	1,10	2,00	
	FISIO	23	4,36	0,95	1,00	
	NUTRI	24	4,29	0,91	1,50	0,80
	PSICO	8	4,00	1,41	1,00	
	SS	16	4,19	1,05	1,50	
	TO	22	4,50	0,91	1,00	
Q11	EF	6	4,00	1,10	2,00	
	FISIO	23	3,83	1,03	2,00	
	NUTRI	24	4,33	0,76	2,00	0,28
	PSICO	8	4,62	0,52	1,00	
	SS	16	4,06	0,93	2,00	
	TO	22	4,27	0,70	2,00	
Q12	EF	6	3,83	0,75	2,00	
	FISIO	23	4,23	0,53	2,00	
	NUTRI	24	4,42	0,58	2,00	0,17
	PSICO	8	4,50	0,53	1,50	
	SS	16	3,81	1,05	2,00	
	TO	22	4,14	0,89	2,00	
Q13	EF	6	4,33	0,52	2,00	
	FISIO	23	4,17	0,58	2,00	
	NUTRI	24	4,04	0,75	2,00	0,85
	PSICO	8	4,37	0,92	1,00	
	SS	16	4,06	1,00	2,00	
	TO	22	4,09	0,68	2,00	
Q14	EF	6	4,17	0,41	2,00	
	FISIO	23	4,17	0,65	2,00	
	NUTRI	24	4,42	0,65	1,50	0,31
	PSICO	8	4,37	0,74	1,50	
	SS	16	3,80	1,01	2,00	
	TO	22	4,27	0,63	2,00	
Q15	EF	6	4,00	0,63	2,00	
	FISIO	23	4,17	0,89	2,00	
	NUTRI	24	4,54	0,59	1,00	0,12
	PSICO	8	4,75	0,46	1,00	
	SS	16	4,19	1,17	1,00	
	TO	22	4,59	0,50	1,00	
Q16	EF	6	4,50	0,55	1,50	0,30

	FISIO	23	3,87	1,06	2,00	
	NUTRI	24	4,17	1,05	2,00	
	PSICO	8	4,37	0,74	1,50	
	SS	16	4,12	0,96	2,00	
	TO	22	4,50	0,80	1,00	
Q17	EF	6	4,17	0,75	2,00	
	FISIO	23	3,07	0,76	2,00	
	NUTRI	24	3,71	0,81	2,00	0,12
	PSICO	8	2,87	1,25	3,00	
	SS	16	3,75	0,86	2,50	
	TO	22	3,95	0,95	2,00	
Q18	EF	6	3,50	0,55	2,50	
	FISIO	23	3,13	0,97	3,00	
	NUTRI	24	3,67	1,09	2,00	0,05
	PSICO	8	3,12	1,36	3,50	
	SS	16	4,12	0,72	2,00	
	TO	22	3,64	0,95	2,00	
Q19	EF	6	4,00	0,89	2,00	
	FISIO	23	3,30	0,70	3,00	
	NUTRI	24	3,39	1,27	3,00	0,10
	PSICO	8	4,12	0,35	2,00	
	SS	16	3,87	1,09	2,00	
	TO	22	3,50	0,96	2,00	
Q20	EF	6	2,83	0,75	3,00	
	FISIO	23	2,43	0,59	4,00	
	NUTRI	24	2,61	0,94	3,00	0,06
	PSICO	8	2,00	1,31	4,00	
	SS	16	2,31	1,20	4,00	
	TO	22	2,00	0,98	4,00	
Q21	EF	6	2,33	0,82	4,00	
	FISIO	23	3,65	0,65	2,00	
	NUTRI	24	3,67	0,96	2,00	0,03
	PSICO	8	3,50	1,31	2,00	
	SS	16	2,81	1,22	3,00	
	TO	22	3,27	1,12	2,00	
Q22	EF	6	4,50	0,55	1,50	
	FISIO	23	4,61	0,50	1,00	
	NUTRI	24	4,62	0,49	1,00	0,02
	PSICO	8	4,87	0,35	1,00	
	SS	16	4,31	0,60	2,00	
	TO	22	4,09	0,87	2,00	
Q23	EF	6	5,00	0,00	1,00	
	FISIO	23	4,83	0,39	1,00	
	NUTRI	24	4,75	0,44	1,00	0,23
	PSICO	8	4,87	0,35	1,00	
	SS	16	4,50	0,63	1,00	
	TO	22	4,73	0,43	1,00	
Q24	EF	6	3,50	0,84	3,00	
	FISIO	23	3,87	0,81	2,00	0,00
	NUTRI	24	4,12	1,03	2,00	

	PSICO	8	4,62	0,52	1,00	
	SS	16	2,75	1,29	3,00	
	TO	22	4,05	0,90	2,00	
Q25	EF	6	5,00	0,00	1,00	
	FISIO	23	4,43	0,66	1,00	
	NUTRI	24	4,79	0,41	1,00	0,08
	PSICO	8	4,87	0,35	1,00	
	SS	16	4,50	0,63	1,00	
	TO	22	4,64	0,49	1,00	
Q26	EF	6	4,50	0,55	1,50	
	FISIO	23	4,57	0,59	1,00	
	NUTRI	24	4,83	0,38	1,00	0,01
	PSICO	8	5,00	0,00	1,00	
	SS	16	4,31	0,70	2,00	
	TO	22	4,82	0,39	1,00	
Q27	EF	6	4,83	0,41	1,00	
	FISIO	23	4,48	0,51	2,00	
	NUTRI	24	4,71	0,46	1,00	0,32
	PSICO	8	4,75	0,46	1,00	
	SS	16	4,56	0,63	1,00	
	TO	22	4,36	0,79	1,50	
Q28	EF	6	4,00	0,89	2,00	
	FISIO	23	3,36	1,09	3,00	
	NUTRI	24	4,12	0,68	2,00	0,00
	PSICO	8	4,50	1,07	1,00	
	SS	16	3,37	1,02	3,00	
	TO	22	3,27	1,08	3,00	
Q29	EF	6	4,67	0,52	1,00	
	FISIO	23	4,11	0,71	2,00	
	NUTRI	24	4,42	0,58	2,00	0,31
	PSICO	8	4,50	0,53	1,50	
	SS	16	4,37	0,50	2,00	
	TO	22	4,55	0,51	1,00	
Q30	EF	6	4,17	0,75	2,00	
	FISIO	23	3,45	0,80	3,00	
	NUTRI	24	4,21	0,88	1,50	0,02
	PSICO	8	4,37	0,52	2,00	
	SS	16	3,62	0,96	2,00	
	TO	22	4,05	0,65	2,00	
Q31	EF	6	3,50	1,38	2,00	
	FISIO	23	3,36	0,79	3,00	
	NUTRI	24	3,75	1,07	2,00	0,05
	PSICO	8	4,25	0,46	2,00	
	SS	16	3,25	0,77	3,00	
	TO	22	3,50	0,67	2,50	
Q32	EF	6	4,67	0,52	1,00	
	FISIO	23	4,29	0,64	2,00	
	NUTRI	24	4,00	0,93	2,00	0,46
	PSICO	8	4,37	0,52	2,00	
	SS	16	4,31	0,87	1,50	

	TO	22	4,23	0,53	2,00	
Q33	EF	6	4,83	0,41	1,00	
	FISIO	23	4,36	0,85	1,00	
	NUTRI	24	4,42	0,58	2,00	0,20
	PSICO	8	4,50	0,53	1,50	
	SS	16	3,87	1,15	2,00	
	TO	22	4,55	0,51	1,00	
Q34	EF	6	4,50	0,55	1,50	
	FISIO	23	4,45	0,60	1,50	
	NUTRI	24	4,33	0,64	2,00	0,87
	PSICO	8	4,50	0,53	1,50	
	SS	16	4,25	0,58	2,00	
	TO	22	4,36	0,79	1,50	
Q35	EF	6	4,50	0,55	1,50	
	FISIO	23	4,73	0,55	1,00	
	NUTRI	24	4,67	0,48	1,00	0,09
	PSICO	8	4,00	1,07	2,00	
	SS	16	4,31	0,60	2,00	
	TO	22	4,64	0,49	1,00	
Q36	EF	6	4,50	0,55	1,50	
	FISIO	23	4,41	0,59	2,00	
	NUTRI	24	4,33	0,64	2,00	
	PSICO	8	4,37	0,74	1,50	0,99
	SS	16	4,31	0,60	2,00	
	TO	22	4,36	0,79	1,50	

Na A1, A6, A9, A22 e A26, apesar de todos os cursos estarem em zona de conforto, alguns cursos apresentam médias mais altas que outros, caracterizando a diferença detectada pelo Teste de Kruskal-Wallis. Na Q21 apenas o curso de nutrição se encontra em zona de conforto (os demais estão em zona de alerta), na questão A24 apenas os cursos de educação física e serviço social estão em zona de alerta (os demais estão em zona de conforto), na A28 os cursos de fisioterapia, serviço social e TO estão em zona de alerta (os demais estão em zona de conforto), na A30 os cursos de fisioterapia e serviço social estão em zona de alerta (os demais estão em zona de conforto) e, por fim, na A31 os cursos de nutrição e psicologia estão em zona de conforto (os demais estão em zona de alerta).

Analisando os demais cursos (SP e Diadema), observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre cursos das médias das questões A2, A3, A4, A6, A8, A10, A11, A12, A13, A14, A16, A17, A19, A28, A30, A31 e A34, todas com p-valor menor ou igual a 0,05 (destacados em cinza na tabela 6b)

Na A2, A4 e A8, apesar de todos os cursos estarem em zona de conforto, alguns cursos apresentam médias mais altas que outros, caracterizando a diferença detectada pelo Teste de Kruskal-Wallis.

Na A3, A6, A10, A11, A12, A13, A14 e A16 é possível observar que apenas o curso de medicina está em zona de alerta sendo que os demais estão em zona de conforto. Na A17 apenas o curso de fonoaudiologia está em zona de conforto (os demais estão em zona de alerta), ao contrário da A19, A28 e A30, onde apenas o curso de fonoaudiologia está na zona de alerta (os demais estão na zona de conforto). Por fim, na A31 os cursos de fonoaudiologia e medicina estão em zona de alerta (os demais estão em zona de conforto)

TABELA 6b: média, desvio padrão, mediana e Teste de Kruskal-Wallis para as 36 Questões, separadas pelos demais cursos.

Questão	Curso	N	Média	Desvio Padrão	Mediana	p-valor (Kruskal-Wallis)
A1	BIOMED	5	4,25	0,50	2,00	0,14
	ENF	24	4,12	0,74	2,00	
	FARMACIA	11	4,45	0,69	1,00	
	FONO	27	3,74	0,94	2,00	
	MED	20	3,80	1,15	2,00	
A2	BIOMED	5	4,25	0,50	2,00	0,04
	ENF	24	4,46	0,51	2,00	
	FARMACIA	11	4,64	0,67	1,00	
	FONO	27	4,70	0,47	1,00	
	MED	20	4,05	1,00	2,00	
A3	BIOMED	5	4,75	0,50	1,00	0,01
	ENF	24	4,21	0,66	2,00	
	FARMACIA	11	4,36	1,03	1,00	
	FONO	27	3,78	1,01	2,00	
	MED	20	3,30	1,22	3,00	
A4	BIOMED	5	4,75	0,50	1,00	0,02
	ENF	24	4,21	0,66	2,00	
	FARMACIA	11	4,55	0,52	1,00	
	FONO	27	4,44	0,70	1,00	
	MED	20	3,80	0,89	2,00	
A5	BIOMED	5	4,00	0,82	2,00	0,13
	ENF	24	4,12	0,74	2,00	
	FARMACIA	11	4,27	0,79	2,00	
	FONO	27	4,04	0,81	2,00	
	MED	20	3,35	1,23	3,00	
A6	BIOMED	5	4,50	0,58	1,50	0,04
	ENF	24	3,87	0,74	2,00	

	FARMACIA	11	4,36	0,50	2,00	
	FONO	27	3,88	0,73	2,00	
	MED	20	3,40	1,14	2,00	
A7	BIOMED	5	4,75	0,50	1,00	
	ENF	24	4,58	0,58	1,00	0,88
	FARMACIA	11	4,64	0,50	1,00	
	FONO	27	4,59	0,50	1,00	
	MED	20	4,50	0,51	1,50	
A8	BIOMED	5	4,50	0,58	1,50	
	ENF	24	4,65	0,49	1,00	0,01
	FARMACIA	11	4,91	0,30	1,00	
	FONO	27	4,67	0,48	1,00	
	MED	20	4,10	0,85	2,00	
A9	BIOMED	5	4,00	1,00	2,00	
	ENF	24	4,04	0,69	2,00	0,23
	FARMACIA	11	4,27	0,79	2,00	
	FONO	27	3,77	0,86	2,00	
	MED	20	3,50	1,10	2,00	
A10	BIOMED	5	4,75	0,50	1,00	
	ENF	24	4,33	0,76	2,00	0,00
	FARMACIA	11	4,73	0,47	1,00	
	FONO	27	4,52	0,51	1,00	
	MED	20	3,32	1,34	2,00	
A11	BIOMED	5	4,00	1,22	2,00	
	ENF	24	4,21	0,66	2,00	0,02
	FARMACIA	11	4,00	1,10	2,00	
	FONO	27	4,07	0,87	2,00	
	MED	20	3,15	1,23	3,00	
A12	BIOMED	5	4,20	0,84	2,00	
	ENF	24	4,04	0,69	2,00	0,00
	FARMACIA	11	4,36	0,50	2,00	
	FONO	27	4,11	0,80	2,00	
	MED	20	3,20	1,01	3,00	
A13	BIOMED	5	4,00	0,71	2,00	
	ENF	24	4,21	0,66	2,00	0,00
	FARMACIA	11	4,18	0,40	2,00	
	FONO	27	4,52	0,51	1,00	
	MED	20	3,05	0,89	3,00	
A14	BIOMED	5	4,00	0,71	2,00	
	ENF	24	4,09	0,51	2,00	0,00
	FARMACIA	11	4,18	0,60	2,00	
	FONO	27	4,00	0,62	2,00	
	MED	20	3,15	1,04	3,00	
A15	BIOMED	5	4,20	0,45	2,00	
	ENF	24	4,12	0,80	2,00	0,10
	FARMACIA	11	4,36	0,50	2,00	
	FONO	27	3,81	1,18	2,00	
	MED	20	3,50	1,05	2,00	
A16	BIOMED	5	4,60	0,55	1,00	0,03
	ENF	24	4,37	0,97	1,00	

	FARMACIA	11	4,27	0,65	2,00	
	FONO	27	3,81	1,17	2,00	
	MED	20	3,60	0,99	2,00	
A17	BIOMED	5	3,40	0,89	2,00	
	ENF	24	3,50	0,83	3,00	0,04
	FARMACIA	11	3,36	1,21	2,00	
	FONO	27	3,77	0,82	2,00	
	MED	20	2,80	1,11	3,00	
A18	BIOMED	5	3,20	0,84	3,00	
	ENF	24	3,50	0,93	3,00	0,98
	FARMACIA	11	3,45	1,04	3,00	
	FONO	27	3,41	0,89	2,00	
	MED	20	3,40	0,99	2,00	
A19	BIOMED	5	4,20	0,45	2,00	
	ENF	24	3,87	0,68	2,00	0,04
	FARMACIA	11	3,91	0,94	2,00	
	FONO	27	3,22	1,01	3,00	
	MED	20	3,85	0,81	2,00	
A20	BIOMED	5	2,80	0,84	3,00	
	ENF	24	2,62	0,92	3,00	0,18
	FARMACIA	11	2,18	0,75	4,00	
	FONO	27	2,85	1,05	3,00	
	MED	20	3,00	1,03	3,00	
A21	BIOMED	5	3,40	0,89	2,00	
	ENF	24	3,54	1,10	2,00	0,31
	FARMACIA	11	3,18	1,08	3,00	
	FONO	27	3,70	1,10	2,00	
	MED	20	3,95	0,89	2,00	
A22	BIOMED	5	4,20	0,45	2,00	
	ENF	24	4,33	0,64	2,00	0,28
	FARMACIA	11	4,55	0,52	1,00	
	FONO	27	4,22	0,64	2,00	
	MED	20	4,05	0,69	2,00	
A23	BIOMED	5	4,60	0,55	1,00	
	ENF	24	4,65	0,49	1,00	0,64
	FARMACIA	11	4,73	0,47	1,00	
	FONO	27	4,48	0,58	1,00	
	MED	20	4,50	0,51	1,50	
A24	BIOMED	5	4,60	0,55	1,00	
	ENF	24	4,37	0,71	1,50	0,12
	FARMACIA	11	4,64	0,50	1,00	
	FONO	27	4,07	0,68	2,00	
	MED	20	4,35	0,59	2,00	
A25	BIOMED	5	4,60	0,55	1,00	
	ENF	24	4,58	0,50	1,00	0,96
	FARMACIA	11	4,55	0,52	1,00	
	FONO	27	4,52	0,51	1,00	
	MED	20	4,45	0,60	1,50	
A26	BIOMED	5	4,40	0,55	2,00	0,95
	ENF	24	4,54	0,51	1,00	

	FARMACIA	11	4,36	1,03	1,00	
	FONO	27	4,52	0,51	1,00	
	MED	20	4,60	0,50	1,00	
A27	BIOMED	5	4,40	0,55	2,00	
	ENF	24	4,54	0,51	1,00	0,54
	FARMACIA	11	4,73	0,47	1,00	
	FONO	27	4,37	0,69	2,00	
	MED	20	4,55	0,51	1,00	
A28	BIOMED	5	4,20	0,45	2,00	
	ENF	24	4,33	0,70	2,00	0,01
	FARMACIA	11	4,55	0,52	1,00	
	FONO	27	3,59	0,97	2,00	
	MED	20	4,05	0,83	2,00	
A29	BIOMED	5	4,40	0,55	2,00	
	ENF	24	4,42	0,58	2,00	0,18
	FARMACIA	11	4,64	0,50	1,00	
	FONO	27	4,15	0,60	2,00	
	MED	20	4,20	0,70	2,00	
A30	BIOMED	5	4,40	0,55	2,00	
	ENF	24	4,29	0,75	2,00	0,00
	FARMACIA	11	4,18	0,40	2,00	
	FONO	27	3,52	0,75	2,00	
	MED	20	3,75	0,79	2,00	
A31	BIOMED	5	4,40	0,55	2,00	
	ENF	24	4,17	0,64	2,00	0,00
	FARMACIA	11	4,00	0,77	2,00	
	FONO	27	2,89	1,09	3,00	
	MED	20	2,65	1,31	4,00	
A32	BIOMED	5	4,40	0,55	2,00	
	ENF	24	4,25	0,53	2,00	0,05
	FARMACIA	11	4,36	0,67	2,00	
	FONO	27	3,81	0,68	2,00	
	MED	20	3,85	0,99	2,00	
A33	BIOMED	5	4,40	0,55	2,00	
	ENF	24	4,33	0,56	2,00	0,07
	FARMACIA	11	4,27	0,90	2,00	
	FONO	27	3,93	0,78	2,00	
	MED	20	3,75	0,97	2,00	
A34	BIOMED	5	4,20	0,45	2,00	
	ENF	24	4,37	0,58	2,00	0,03
	FARMACIA	11	4,27	0,47	2,00	
	FONO	27	3,78	0,70	2,00	
	MED	20	3,95	0,94	2,00	
A35	BIOMED	5	3,40	1,34	2,00	
	ENF	24	3,79	1,06	2,00	0,50
	FARMACIA	11	4,09	0,94	2,00	
	FONO	27	3,44	1,22	2,00	
	MED	20	3,84	1,07	2,00	
A36	BIOMED	5	4,20	0,45	2,00	0,35
	ENF	24	4,00	0,93	2,00	

FARMACIA	11	4,27	0,90	2,00
FONO	27	3,78	0,85	2,00
MED	20	3,90	0,79	2,00

Na percepção dos estudantes concluintes existem algumas áreas nas quais a opinião a respeito do que foi exposto nas assertivas indica que a compreensão ou o desenvolvimento de certas competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) parecem ainda não estar bem consolidados. Destaca-se que este estudante ainda está em processo de formação, devendo concluir a sua formação na graduação em período estimado de 12 meses, o que merece maior atenção por parte dos gestores e educadores dos cursos.

Para De Ketele (2006),

[...] a 'competência' pode ser definida como a capacidade de uma pessoa mobilizar um conjunto de recursos (cognitivos, afetivos, gestuais, relacionais) para realizar um categoria de tarefas ou resolver situações problema. Definida em termos mais pedagógicos, a competência é a capacidade de mobilizar (identificar, combinar e ativar) um conjunto de saberes, de saberes-fazer e de saber-ser para resolver situações-problema (e não simples aplicações) ou, se se tratar de aprendizagens linguísticas, de produzir comunicação (p. 138).

Por fim, foi desenvolvida uma Análise Fatorial, onde observou-se, primeiramente, significância estatística do Teste de Bartlett (p -valor $<0,0001$). O teste de Bartlett permite confirmar a possibilidade e adequação do método de análise fatorial para o tratamento dos dados ao verificar se há correlações desejáveis entre as variáveis. Um teste significativo, que é o caso desse estudo, nos mostra que a matriz de correlações não é uma matriz de identidade, e que, portanto, há algumas relações entre as variáveis que se espera incluir na análise, justificando a aplicação da Análise Fatorial. Esse teste é sensível ao tamanho da amostra e por isso convém usar também o MSA de KMO. A medida de KMO varia entre zero e um e compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis. Um resultado maior que 0,5 indica que a análise fatorial é adequada para a amostra utilizada. O resultado obtido aqui foi de 0,827, que é considerado como "admirável".

Pela Análise Fatorial foi possível extrair 9 fatores com carga fatorial acima de 0,40, sendo que a quantidade de fatores é definida pela quantidade de auto valores menores que 1, explicando assim 63% da variabilidade dos dados. No primeiro fator a questão A1 foi a

que apresentou maior carga fatorial, o que indica que essa é a asserção com maior peso na definição desse fator. No Fator 2, a asserção com maior carga foi a A34, no fator 3 foi a A25, no fator 4 foi a A20, no fator 5 foi a A30, no fator 6 foi a A10, no fator 7 foi a A28, no fator 8 foi a A2 e no fator 9 as duas asserções que compõem o fator (A7 e A8) apresentaram a mesma carga fatorial.

Feito isso, calculou-se o Alpha de Cronbach para o grupo de asserções que compõem cada um dos fatores obtidos na Análise Fatorial. Observou-se um valor de Alpha de Cronbach igual a 0,88 para o primeiro fator e 0,81 para o segundo, que são valores altos [1]. Nos fatores 3, 4 e 5 foram observados Alpha de Cronbach iguais a 0,73, 0,63 e 0,67, respectivamente, que são valores razoáveis e aceitáveis [1]. Já para os fatores 6, 7, 8 e 9 foram observados valores iguais a 0,54, 0,54, 0,59 e 0,51, respectivamente, que são valores baixos. Os resultados dessa Análise Fatorial, juntamente com o cálculo do Alpha de Cronbach para as questões que compõem os fatores obtidos, indicam que há sim uma estrutura de 05 fatores no instrumento (aqueles com Alpha de Cronbach razoáveis e altos), mas eles são compostos de forma diferente dos fatores teóricos, isto é, o primeiro fator seria composto pelas asserções A1, A3, A4, A6, A9, A12, A14 e A15, o segundo fator seria composto pelas asserções A32, A33, A34, A35 e A36, o terceiro fator seria composto pelas asserções A22, A23, A24, A25 e A26, o quarto fator seria composto pelas asserções A16, A18, A20 e A21 e, por fim, o quinto e último fator seria composto pelas asserções A29, A30 e A31.

Dessa forma, podemos concluir que o instrumento poderia ser composto somente por essas 25 asserções que, juntas, tem um Alpha de Cronbach igual a 0,852, e a estrutura fatorial do instrumento poderia ser conforme descrito acima. O Alpha de Cronbach dessas 25 asserções não é muito diferente do Alpha de Cronbach geral para as 36 asserções, porém, com essa nova estrutura fatorial, garante-se que todos os fatores tenham valor de Alpha de Cronbach, ao menos, razoáveis, o que garante a confiabilidade desses fatores, produzindo mensurações estáveis e consistentes.

TABELA 7. Análise Fatorial para as 36 asserções, com as cargas fatoriais após rotação Varimax e os respectivos autovalores, percentual da variabilidade explicada, Alpha de Cronbach, teste de Bartlett e KMO.

Fator	Questão	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Fator 8	Fator 9
Fator 1	A1	0,77								
	A3	0,72								
	A4	0,55								
	A6	0,63								
	A9	0,64								
	A12	0,69								
	A14	0,66								
Fator 2	A15	0,69								
	A32		0,49							
	A33		0,70							
	A34		0,77							
	A35		0,72							
Fator 3	A36		0,69							
	A22			0,66						
	A23			0,74						
	A24			0,43						
	A25			0,84						
Fator 4	A26			0,76						
	A16				-0,48					
	A18				-0,67					
	A20				0,72					
Fator 5	A21				0,63					
	A29					0,48				
	A30					0,74				
Fator 6	A31					0,71				
	A10						0,70			
	A11						0,59			
Fator 7	A17						0,57			
	A19							0,58		
	A27							0,74		
Fator 8	A28							0,75		
	A2								0,63	
	A5								0,50	
Fator 9	A13								0,59	
	A7									0,76
	A8									0,76
	Auto-valor	8,44	3,20	2,49	1,95	1,56	1,43	1,33	1,14	1,13
	% da variabilidade	23%	9%	7%	5%	4%	4%	4%	3%	3%
	% da variabilidade acumulado	23%	32%	39%	45%	49%	53%	57%	60%	63%
	Alpha de Cronbach	0,881	0,811	0,732	0,629	0,674	0,544	0,541	0,593	0,509
	Teste de Bartlett (p-valor)									<0.0001
	KMO									0,827

MATRIZ DE COMPETÊNCIAS

A aprendizagem por repetição e reprodução de modelos previamente transmitidos, decorando conceitos, sem se apropriar e sem saber o que fazer com essas informações são amplamente questionáveis quando se trata de educação de jovens e adultos.

Transformar informação em conhecimento e criar cenários de aprendizagem que tenha significado para o estudante é o grande desafio para a transformação das práticas em saúde.

Outro grande desafio para o docente está na necessidade de dominar estratégias inovadoras de ensino e avaliação que possibilite a real aprendizagem por parte dos estudantes, no sentido de se apropriar de conhecimentos, dominar as técnicas e procedimentos de cada profissão e apresentar atitudes compatíveis ao papel profissional.

A concretização de propostas de educação baseada em competências e pautadas no interprofissionalismo significa assumir uma nova organização curricular que priorize as discussões e as vivências conjuntas das diferentes profissões envolvidas no cuidado em saúde. Isto implica no desenvolvimento de uma cultura de ensino-aprendizagem caracterizada pelas trocas e saberes compartilhados, estabelecendo espaços formativos mais significativos e comprometidos com a prática do trabalho em equipe.

O caráter inovador do PP do *campus* Baixada Santista é um diferencial na formação em saúde na UNIFESP e, também, para o Brasil. Assumir a EIP como direcionador do projeto implicou no desenvolvimento de uma proposta formativa interdisciplinar e interprofissional, rompendo com a estrutura tradicional centrada nas disciplinas e na formação específica de determinado perfil profissional. O conceito de “currículo espiral”, no qual os tópicos de aprendizagem são “visitados” e “revisitados” ao longo de certo período – com ênfases diferentes, dependendo da disciplina na qual os conceitos centrais do currículo são abordados - é uma importante estratégia de elaboração de currículos integrados. Em ciências da saúde é essencial para desenhar cursos que permitem formar profissionais “pluripotenciais”, capazes de olhar tanto para a manutenção e promoção da saúde quanto para a resolutividade dos problemas originados de adoecimento. (UNIFESP, 2006)

A partir destes pressupostos, o presente estudo se propôs a construir uma matriz de competências como instrumento de fortalecimento e propulsão de práticas pedagógicas

transformadoras. A matriz poderá ser consultada a qualquer tempo durante o percurso de formação inicial na graduação, de acordo com a dinâmica estrutural dos currículos vigentes, já que seu conceito segue a perspectiva interacionista e dialógica, priorizando a avaliação reflexiva e formativa, atingindo as expectativas de maneira processual e continuada, possibilitando revisões de contextos após reflexão e argumentação, tornando-se dinâmica e funcional.

A matriz mantém características básicas e critérios pontuados como essenciais pelas Políticas Indutoras de Educação e Saúde, alicerçada pelas DCNs dos cursos de graduação em saúde, intencionando possibilitar a formação de profissionais da saúde com preparo para atuar em equipe e para a atenção centrada no paciente.

A matriz elencou as principais competências para a formação de profissionais de saúde críticos, reflexivos, dotados com espírito de liderança, comunicação, gerenciamento e gestão, atenção centrada no paciente com preparo para o trabalho em equipe e a integralidade no cuidado. Desta forma, poderá ser utilizada como uma ferramenta que direcione os processos de ensino, aprendizagem e avaliação de estudantes em formação e/ou de profissionais durante a educação permanente, já que podemos possuir conhecimentos sem sermos competentes, mas dificilmente seremos competentes se não tivermos conhecimento, habilidades e atitudes.

CONSTRUÇÃO E ESTRUTURA DA MATRIZ DE COMPETÊNCIAS

A definição da estrutura ocorreu após análise qualitativa e quantitativa, levando-se em consideração os resultados obtidos após a análise documental dos Projetos Pedagógicos e matriz curricular dos cursos, e os resultados da aplicação do questionário de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional (PEDUZZI e NORMAN, 2012) que avaliou a percepção dos estudantes concluintes sobre o preparo para o trabalho em equipe e a integralidade do cuidado ao paciente.

O questionário “tipo Likert” utilizado no questionário, busca mensurar valores, opiniões e vivências intersubjetivas, o que permite conhecer atitudes e opiniões qualitativas que permitem a quantificação.

A análise das respostas dos questionários aplicados a 186 estudante concluintes (penúltimo ano) dos cursos de Enfermagem, Medicina, Fonoaudiologia, Biomedicina, Educação Física, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Farmácia/Bioquímica possibilitou identificar as competências que necessitam ser desenvolvidas na p=formação profissional contemporânea.

A estrutura física da Matriz de Competências foi composta por:

- ✓ Objetivo com o domínio intencionado;
- ✓ Norteadores com o descritor da competência e a ação a ser desenvolvida;
- ✓ Avaliação baseada em nível de desempenho.

A Matriz foi organizada em quatro domínios e seus respectivos subdomínios:

1- Trabalho em Equipe e Práticas colaborativas

- ✓ Atitude colaborativa/Fazer
- ✓ Papéis e Responsabilidades
- ✓ Melhoria Contínua da Qualidade.

2- Atenção centrada no paciente e Integralidade do Cuidado

- ✓ Raciocínio clínico baseado em contexto sociocultural
- ✓ Decisões baseadas nas necessidades pessoais e da família do indivíduo envolvido
- ✓ Comunicação considerando a singularidade da situação apresentada

3- Gestão do Conhecimento e Educação Permanente

- ✓ Desenvolver ações de prevenção, promoção e reabilitação, levando em conta, os níveis de evidencia, científica;
- ✓ Estabelecer metas e ações de atualização e educação permanente, para si e para equipe envolvida.

4- Identidade Profissional, Valores e Comportamentos

- ✓ Desenvolver habilidades para tomada de decisão levando em conta, valores éticos, respeitando autonomia do indivíduo e família.
- ✓ Apresentar postura crítica-reflexiva e senso de responsabilidade social.

OBJETIVO DA MATRIZ DE COMPETÊNCIAS

A ferramenta proposta visa desenvolver no estudante a capacidade de:

- ✓ Refletir sobre sua prática e sobre sua aproximação com o paciente;
- ✓ Aprender a trabalhar com outros profissionais em práticas colaborativas e centradas no paciente;
- ✓ Desenvolver ações de promoção, proteção de saúde, prevenção, recuperação e reabilitação do paciente junto à equipe de saúde;
- ✓ Desenvolver capacidade reflexiva quanto à necessidade de aprimoramento ou de ações de educação permanente junto aos membros da equipe nas quais desenvolve suas práticas;
- ✓ Desenvolver habilidades para tomada de decisão, levando em conta valores éticos, respeitando autonomia do indivíduo e família. Apresentar postura crítica, reflexiva e senso de responsabilidade social.

CENÁRIO DE APRENDIZAGEM

A matriz poderá ser aplicada em qualquer tempo, de acordo com a dinâmica estrutural dos currículos vigentes, já que seu conceito segue a perspectiva interacionista e dialógica, priorizando a avaliação reflexiva e a educação permanente, atingindo as expectativas de maneira processual e continuada, possibilitando revisões de contextos após reflexão e argumentação, tornando-se dinâmica e funcional.

Sugere-se que a inversão da lógica no processo de ensino-aprendizagem possa ser utilizado, com os estudantes partindo da realidade vivenciada, seguindo para a problematização dos cenários de prática, busca do referencial teórico e aprofundamento com colegas e docente, seguida do retorno ao cenário instrumentalizados para uma ação transformadora da realidade observada inicialmente. A metodologia da problematização potencializa o desenvolvimento de diversas competências dada à característica de ação-reflexão-ação.

PÚBLICO ALVO

A matriz de competências poderá ser utilizada para todos os profissionais da saúde em formação inicial ou permanente.

Poderá ser utilizada por docentes em cenários de ensino-aprendizagem e por gestores como um disparador de novas aprendizagens quando utilizada na educação permanente de profissionais da saúde.

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Por se tratar de protocolo no formato de *checklist*, a Matriz poderá ser utilizada durante os períodos de imersão, a fim de investigar o processo de aprendizagem e permitir o *feedback* imediato e formativo junto aos estudantes em formação, no sentido de avançar no desenvolvimento das competências de modo processual e continuado, possibilitando revisões de contextos após reflexão e argumentação, tornando-se dinâmica e funcional.

Por ser um processo continuado e reflexivo, o sistema de avaliação deverá mensurar como 'atendida', 'parcialmente atendida' ou 'não atendida', a fim de possibilitar o rearranjo das competências não desenvolvidas, estabelecendo um *feedback* ao estudante, assim como, orientações para atingir às expectativas formativas. O mapeamento do desenvolvimento das competências poderá auxiliar na otimização e aprimoramento nos currículos.

A seguir apresenta-se a Matriz de Competências elaborada como um primeiro exercício de construção sistematizada dos elementos considerados essenciais na formação em saúde.

DOMÍNIO	COMPETÊNCIA	AÇÃO	AVALIAÇÃO		
			ATENDE TOTALMENTE (AT)	ATENDE PARTE (AP)	NÃO ATENDE (NA)
TRABALHO EM EQUIPE E PRÁTICA COLABORATIVA	Desenvolver ações de proteção, prevenção, promoção e reabilitação, junto à equipe multiprofissional.	Participar de discussão de casos ou problematização em grupo. Estar acessível a reflexões sobre o fenômeno apresentado.			
	Desenvolver técnicas de tomada de decisões visando ao uso apropriado, efetivo da força de trabalho, possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada.	Contribuir para resolução de conflitos, internos ou externo da situação apresentada.			
	Desenvolver efetividade na comunicação verbal, não verbal e nas habilidades de escrita e leitura; para comunicação com outros profissionais e pessoas envolvidas com meus cuidados.	Comunica-se de forma ética e efetiva. Utilizar-se de formulários ou Documentos específicos junto à equipe.			
	Desenvolver compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade na tomada de decisões, comunicação.	Assumir a liderança entre os membros da equipe e estimulando o revezamento deste papel.			
	Desenvolver ações de cooperação e compromisso com a educação e o treinamento/estágio das futuras gerações de profissionais.	Efetuar auto-avaliação e avaliação compartilhada do conhecimento.			

DOMÍNIO	COMPETÊNCIA	AÇÃO	AVALIAÇÃO		
			ATENDE TOTALMENTE (AT)	ATENDE PARTE (AP)	NÃO ATENDE (NA)
ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE E FAMILIA e INTEGRALIDADE CUIDADO	Estabelecer em suas práticas ações dentro dos princípios da ética/bioética tanto no âmbito individual como coletivo.	Utilizar raciocínio clínico e elaborar lista de problemas, propor intervenções dentro dos aspectos éticos/bioéticos.			
	Desenvolver atitude crítica reflexiva, considerando a situação sócio e econômica política e cultural da região de atuação.	Tomar decisões baseadas nas necessidades pessoais e da família do indivíduo envolvido, observando os reflexos destas ações no coletivo levando em conta aspectos afetivos, biológicos e socioculturais			
	Conhecer os princípios do SUS para dinâmica da rede e as relações de demanda e prática dos serviços de saúde.	Aplicar políticas e programas de saúde para intervir em situações específicas de saúde pública.			
	Estabelecer comunicação eficaz e clara para manutenção e promoção da saúde.	Utilizar-se de estratégias de aconselhamento e de comunicações em casos de más notícias. Comunicar-se considerando a singularidade da situação apresentada.			
	Assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade na tomada de decisões.	Trazer o indivíduo a responsabilidade para seu cuidado e de sua família. Tendo em vista a promoção de saúde preventiva.			

DOMÍNIO	COMPETÊNCIA	AÇÃO	AVALIAÇÃO		
			ATENDE	ATENDE	NÃO
			TOTALMENTE (AT)	PARTE (AP)	ATENDE (NA)
GESTÃO DO CONHECIMENTO e EDUCAÇÃO PERMANENTE	Desenvolver ações de prevenção, promoção e reabilitação, levando em conta, os níveis de evidencia, científica.	Estabelecer ações de promoção e prevenção em saúde, através de protocolos ou outros documentos de respaldo científico.			
	Desenvolver atitude critica reflexiva, considerando a situação sócio e econômica política e cultural da região de atuação.	Manter atualizado o conhecimento aplicar os níveis de evidencia científica em cada informação obtida de maneira critica e reflexiva.			
	Desenvolver aptidão para fazer gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação.	Tomar decisões clinicas com base no aprendizado obtido pela gestão do conhecimento.			
	Adquirir técnicas de manejo da informação, atualizando o conhecimento. A fim de proceder corretamente, levando em conta os valores éticos de atenção á saúde.	Aplicar princípios éticos no uso da tecnologia da informação. Aplicar princípios bioestatísticos,e epidemiológicos na leitura crítica de artigos técnicos científicos.			
	Desenvolver atitudes de pro-atividade.	Estabelecer relação de confiança e empatia junto à equipe, e propor auto-avaliação e avaliação por pares.			
	Desenvolver capacidade reflexiva quanto à necessidade de aprimoramento ou de ações de educação permanente junto aos membros/equipe nas quais desenvolve suas práticas.	Estabelecer metas e ações de atualização e educação permanente, para si e para equipe envolvida.			

DOMÍNIO	COMPETÊNCIA	AÇÃO	AVALIAÇÃO		
			ATENDE TOTALMENTE (AT)	ATENDE PARTE (AP)	NÃO ATENDE (NA)
IDENTIDADE PROFISSIONAL, VALORES e COMPORTAMENTOS	Desenvolver competência para ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação. Com a resolução do tanto individual como coletivo.	Promover ações de prevenção, promoção e reabilitação, respeitando valores éticos, e socioculturais no ambiente onde atua.			
	Desenvolver capacidade de tomar decisões visando ao uso apropriado, efetivo da força de trabalho, possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada.	Apresentar postura crítica, reflexiva e senso de responsabilidade social.			
	Desenvolver ações de gerenciamento e administração da força de trabalho, e dos recursos físicos e materiais e de informação.	Encorajar indivíduos a participar de ações de planejamento de gestão de modo compartilhado.			
	Desenvolver efetividade na comunicação verbal, não verbal e na habilidades de escrita e leitura; para comunicação com outros profissionais e pessoas envolvidas com meus cuidados.	Preencher registros médicos com clareza e eficácia. Comunicar-se considerando a singularidade de cada situação. Ser claro, objetivo nas orientações junto ao indivíduo a ser cuidado.			
	Desenvolver empatia, e habilidade para tomada de decisões, e comunicação.	Manter-se ajustado as normas e compreender situações que envolvam princípio de ética nas relações interpessoais.			
	Desenvolver ações para o desenvolvimento e aprimoramento técnico científico individual e coletivo.	Facilitar e participar de ações que envolvam aprimoramento e treinamento.			

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo trouxe como perguntas iniciais se as competências e habilidades propostas pelos documentos nacionais e internacionais estavam contempladas nos Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação para a formação de profissionais da saúde na UNIFESP. A partir da análise documental foi possível constatar que os Projetos Pedagógicos estão alinhados aos princípios norteadores de formação em saúde, entretanto, não fica claro 'como', 'quando', 'onde' e 'de que forma' o corpo docente trabalha para implementar as propostas de formação.

Outra questão levantada tratou de investigar a percepção dos estudantes concluintes dos cursos de saúde da UNIFESP sobre o desenvolvimento das competências para o trabalho em equipe e a integralidade do cuidado. Os resultados obtidos com a aplicação dos questionários demonstraram altos índices de concordância entre os respondentes, sendo que somente dez das 36 assertivas apresentou a necessidade de serem melhor trabalhadas durante a formação. As assertivas que se mostraram com necessidade de maior investimento durante a formação investigaram competências como: aprendizagem compartilhada com os colegas (aprender com e sobre as outras profissões); prática colaborativa; identidade profissional frente à equipe com posições indicando autonomia profissional e predomínio da especialidade profissional versus ter a atenção centrada no paciente com objetivos definidos coletivamente pela equipe, ao mesmo tempo em que há fortalecimento da própria identidade profissional há a necessidade de trabalhar junto ao outro profissional; os sentimentos de colocar-se no lugar do outro e compreender as necessidades; tomada de decisão; liderança, administração e gerenciamento. Estas competências mostraram-se mais fragilizadas na formação dos estudantes concluintes.

Constatou-se que a integralidade do cuidado e o trabalho em equipe são conteúdos previstos no processo de formação dos cursos de graduação em saúde, o que foi exposto tanto nos Projetos Pedagógicos quanto na percepção dos estudantes.

Uma última questão levantada, referia-se às possibilidade de construção de uma matriz de competências a partir da análise documental e da percepção dos estudantes. É possível constatar que há ainda um longo caminho a ser percorrido no que diz respeito às práticas pedagógicas para o ensino superior. A noção de competência deve orientar mudanças nos conteúdos de ensino, engrossando as atitudes onde as práticas

colaborativas aliadas aos princípios de formação para a transformação das práticas mobilizarão as ações, sentimentos e quebra de paradigmas.

A partir do momento, em que os estudantes em formação, se percebem ancorados por estratégias de ensino capazes de transformar seu conhecimento e gerar reflexões e mudanças em si e na sociedade, e se percebem como cidadãos com papel importante no cenário de prática, observa-se que a Matriz de Competências poderá ser uma ferramenta que possibilite direcionar os olhares e as práticas para uma formação em saúde que atenda às demandas da sociedade, que demonstre maior resolutividade nos serviços que a atenção à saúde seja de melhor qualidade.

Parafraseando Batista (2012, p. 26), “a valorização da história de diferentes áreas profissionais, a consideração do outro como parceiro legítimo na construção de conhecimentos, com respeito pelas diferenças num movimento de busca, diálogo, desafio, comprometimento e responsabilidade são componentes essenciais, para a educação interprofissional” e através dela e do domínio de suas competências é que será constituído o profissional mais preparado para as demandas atuais na área da saúde.

Num processo de construção do conhecimento, através da elaboração deste estudo, me envolvi com ações e atitudes, e participei efetivamente do processo de transformação das práticas educativas; além de entender meu papel na sociedade, como indivíduo “participativo” pude compreender o papel do curso de Mestrado Modalidade Profissional como propulsor deste processo junto à sociedade.

Foram muitas as dificuldades, já que se trata de um curso onde o tempo tem que ser administrado entre os afazeres das práticas profissional e a condição de pesquisador, cuja condição não se limita em refletir sobre o fenômeno pesquisado, e sim como parte dele. A investigação do fenômeno resulta na reflexão e exploração das alternativas para resolução de problemas, com esse pressuposto que este estudo pretende mobilizar aos leitores a refletirem sobre as questões inquietantes da formação em saúde.

A construção de da ferramenta para subsidiar as práticas pedagógicas constituiu o primeiro passo a ser dado em direção a atitudes de transformação das estratégias de ensino, aprimoramento e avaliação da condição do profissional de saúde. Neste intuito, a Matriz de competências será socializada junto aos coordenadores de curso e gestores dos serviços de saúde a fim de enfatizar o compromisso frente às políticas indutoras da

Educação e da Saúde e reiterar a necessidade da formação de profissionais de saúde dotados de competências que atendam a demanda da sociedade, seja na formação inicial, seja na educação permanente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, E.S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. (Orgs.) *Gestão de Serviços de Saúde*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2001.

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. Avaliação: In: *Revista da Avaliação da Educação Superior*, v16 (1), p. 165-182, 2011.

ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cienc. Saúde Colet.*, v.12, n.2, p. 455-64, 2007.

BATISTA, N.A. *Projeto Formação Profissional para a integralidade no cuidado: articulando formação, avaliação e integração com o SUS*. UNIFESP, 2010 (circulação restrita-não publicado).

BATISTA, N.A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. In: *Caderno FNEPAS*, v 2, p.25-28, Jan. 2012.

BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H.; GOLDENBERG, P.; SEIFFERT, O.; SONZOGNO, M.C. O enfoque Problematizador na Formação de Profissionais da saúde. *Revista de Saúde Pública*, 2005. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>. Acesso em: 10 set. 2014.

BERNDT, A.E.; PARSONS, M.; GOLIGHTLY-JENKINS, C. Evaluating an Innovative Educational Strategy for Health Care Organizations. Building Bridges Across Historical Silos for Quality. *Perioperative Nursing Clinics*, 7(3): 315-325, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. *Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino técnico na área de saúde*. Brasília: 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. *Secretaria de Educação Média e Tecnológica. Sistema Nacional de Certificação Profissional Baseada em Competências*. Brasília: 2000. Disponível em:

<http://www.abenfisio.com.br/biblioteca/biblioteca/artigos/avaliacao_educ_saude_viiiforum_abenfisio.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2013.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Brasília; 1996. Disponível em:
<<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>>. Acesso ago. 2013.

BRASIL. *Plano Nacional de Saúde: PNS-2012-2015*, In: Serie B textos básicos de Saúde. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: DF, Senado, 1998.

BARR, H. Competent to Collaborate: Towards a Competency-Based Model for Interprofessional Education. *Journal of Interprofessional Care*, 12 (2), 181-187, 1998.

BRAITHWAITE, J.; WESTBROOK, M.; NUGUS, P.; GREENFIELD, D.; TRAVAGLIA, J.; RUNCIMAN, W.; FOXWELL, A.R.; BOYCE, R.A.; DEVINNEY, T.; WESTBROOK, J. A four-year, systems-wide intervention promoting interprofessional collaboration. *BMC Health Services Research*, 12-99, 2012.

CARBONE, P.P.; BRANDÃO, H.P.; LEITE, J.B.D.; VILHENA, R.M. *Gestão por competências e gestão do conhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas – FGV, Série Gestão de Pessoas, 2005.

COOPER, H.; SPENCER-DAWE, E.; MCLEAN, E. Beginning the process of teamwork: design, implementation and evaluation of an inter-professional education intervention for first year undergraduate students. *Journal of Interprofessional Care*, London, UK, v. 19, n. 5, p. 492-508, 2005.

COSTA, R.K.S.; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 530-536, 2008.

COLLEGE OF HEALTH DISCIPLINES, UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA & INTERPROFESSIONAL NETWORK OF BC (2008). *The British Columbia Competency Framework for Interprofessional Collaboration*, Vancouver, BC. Disponível em:
<<http://www.chd.ubc.ca/competency>>. Acesso em: 20 fev.2014.

CICH. THE CANADIAN INTERPROFESSIONAL COMPETENCY FRAMEWORK
FEBRUARY (2010). Disponível em: <www.cihc.ca>. Acesso em: 15 abr. 2014.

DALMOLIN BB, BACKES DS, ZAMBERLAN C, SCHAURICH D, COLOMÉ JS, GEHLEN
MH. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Esc
Anna Nery* (impr.), abr -jun; 15 (2):389-394, 2011.

DE KATELE, Jean Marie. Caminhos para Avaliação de Competências. *Revista Portuguesa
de Pedagogia*, 40(3), 2006, 135-147.

DELORS, J. Educação um tesouro a descobrir. *Relatório para a UNESCO da Comissão
Internacional sobre a Educação para o Século XXI*. 6. ed. Tradução José Carlos Eufrazio.
São Paulo: Cortez, 1996.

FLEURY, M.T.; FLEURY, A.. Construindo o Conceito de Competência. *Revista de
Administração Contemporânea*. vol.5. Curitiba, 2001. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141565552001000500010&script=sci_arttext>.
Acesso em 24 mar. 2011.

GARCIA, L.A.M. Competências e Habilidades: você sabe lidar com isso?. *Educação
Pública*. Disponível em:
<<http://www.educacaopublica.rj.gov.br/biblioteca/educacao/0023c.html>>. Acesso em: 30
set. 2014.

GOELEN G, DE CLERCQ G, HUYGHENS L, KERCKHOFS E. Measuring the effect of
interprofessional problem-based learning on the attitudes of undergraduate health care
students. *Medical education*. 2006; 40(6):555-61.

HIND, M. et al. Interprofessional perceptions of health care students. *Journal of
Interprofessional Care*. London, UK, v.17, n. 1, p. 21-34, Feb. 2003.

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas S/A. 2002.

LEI Nº 8.080, Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da
República.

LEI Nº 8.080, Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da
República.

- MACHADO, M.H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: LIMA, N.T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.257-81.
- MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método*. Fiocruz: RJ, p.83-107, 2010.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs.). *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MOTA, M.M.P.E.; Metodologia de Pesquisa em Desenvolvimento Humano: Velhas Questões Revisitadas. *Psicologia em Pesquisa*. UFJF: 4(02), 144-149, julho-dezembro, 2010.
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Fundamentos de metodologia científica*. Editora Atlas, 7ª Edição, 2010.
- NORMAN, G.; NORCINI, J.; BORDAGE, G. Competency-Based Education: Milestones or Millstones? *Journal of Graduate Medical Education*, 6(1):1-6, 2014.
- MCNAIR, R.; STONE, N.; SIMS, J.; CURTIS, C. Australian evidence for interprofessional education contributing to effective teamwork preparation and interest in rural practice. *Journal of Interprofessional Care*, London, UK, n. 19, p. 579-94, 2005.
- OPAS/OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*. Genebra: OMS; Editora Freelance, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en>. Acesso em: 10 mar. 2014.
- PANEL, Interprofessional Education Collaborative Expert et al. *Core competencies for interprofessional collaborative practice*.: Sponsored by the Interprofessional Education Collaborative. EUA. Report of an expert panel. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011.
- PASQUALI, L. *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento*. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida da Universidade de Brasília, 1996.

PARSELL, G.; BLIGH, J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Medical Education*. v.3, 95–100, 1999.

PEDUZZI, M.; NORMAN I.J. Validação de instrumento de medida do aprendizado interprofissional para trabalho em equipe. In: III Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem - Avanços no cuidado, gestão e política, 2012, São Paulo. *Anais do III Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem - Avanços no cuidado, gestão e política*. São Paulo - SP: Escola de Enfermagem da USP, 2012. v. 1. p.R0168-1-R0168-1.

PERRENOUD, P. *As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PERRENOUD, P. *Dez novas competências para ensinar: convite à viagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PERRENOUD, P.; MAGNE, B. C. *Construir: as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/reeusp>>. Acesso em 01 nov. 2014.

PORTARIA Nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso em 20 jul. 2014.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. (2007). Core Competencies for Public Health in Canada: Release 1.0. Ottawa, ON. Disponível em: <http://www.phacaspc.gc.ca/ccph-cesp/index-eng.php>. Acesso em 30 jun. 2014.

RONZANI, T.M. *A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: Qual o Papel das Crenças?* *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(1), 38-43, 2007.

ROSSIT, R.A.S.; STORANI, K. *Avaliação nos Processos Educacionais*. São Paulo: Editora UNIFESP, 2010.

SILVIA, E.L.; MENEZES, E.M; *Metodologia da Pesquisa e elaboração da dissertação*. Florianópolis: UFSC/PPGEP/LED, 2000.

GOUGH, S.; HELLABY, M.; JONES, N.; MACKINNON, R. *A review of undergraduate interprofessional simulation-based education (IPSE)*. *Collegian*, Vol.19 (3), p. 153-170, September 2012.

THISTLETHWAITE, J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Medical Education*, v. 46, n. 1, p. 58–70, jan. 2012.

WHO. Global Health Workforce Alliance. *World Health Organization*. A Universal truth: no health without a workforce. Geneva: WHO Press, 2014.

UNIFESP. *Projeto Político Pedagógico do Campus Baixada Santista - 2006*. Disponível em: <<http://www.baixadasantista.unifesp.br/projpedag.php>>. Acesso em: 04 abril de 2013.

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante nº _____ Idade: _____ Gênero: [] masculino [] feminino

Profissão: _____ Ano Conclusão: _____

e-mail pessoal: _____

Consentimento formal de participação no projeto intitulado **FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO: construção de uma matriz de competências** Essas informações estão sendo fornecidas para participação voluntária nesse projeto, que tem como objetivo a construção de uma matriz de competência, para auxiliar, no planejamento do ensino e na avaliação dos projetos pedagógico dos cursos de formação para profissionais da saúde da UNIFESP; Os dados serão analisados em busca de indicadores que caracterize quais as competências comuns, são necessárias para formação dos profissionais de saúde; auxiliando no planejamento do ensino e na avaliação dos projetos pedagógico dos cursos de formação em saúde; no sentido do aprimoramento dos currículos, apoiado nos tópicos das DCN(s) Identificando potencialidades, fragilidades e lacunas na formação dos profissionais de saúde da UNIFESP.

Informamos que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Fui informado(a) que o estudo não trará nenhum risco e que a minha identidade não será revelada. Eu entendo que não existe nenhum tipo de seguro de saúde ou de vida que possa vir a me beneficiar em função de minha participação. A minha participação neste estudo é voluntária, não obrigatória. É meu direito interromper a minha participação a qualquer momento, retirando meu consentimento se julgar necessário, sem que isto incorra em qualquer penalidade ou prejuízo. As informações obtidas serão mantidas em sigilo e não poderão ser consultadas por pessoas leigas sem a minha autorização oficial. Concordo que os resultados obtidos possam ser divulgados em aulas, congressos, palestras ou periódicos científicos; porém, eu não devo ser identificado por nome em

qualquer uma das vias de publicação ou uso, visto que os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação.

O responsável por este estudo explicou a importância da minha participação e se prontificou a responder todas as questões sobre o projeto, esclarecendo que eu posso tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Para questões relacionadas a este estudo, entre em contato com a pesquisadora Alexandra de Souza, encontrada no endereço Rua Dr. Luis Augusto de Queiroz Aranha, 678, São Paulo-SP- fone. (35)98444385. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br,

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação no estudo e entendo a sua relevância.

[] concordo em participar do presente estudo de livre e espontânea vontade.

Assinatura do participante

ANEXO II - Questionário de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional (Peduzzi, Norman, 2012).

*Readiness for Interprofessional Learning Scale – RIPLS (Parsell, Bligh, 1999; Mattick, Bligh, 2007)

Idade: _____ **Gênero:** [] Masculino [] Feminino

Profissão: _____ **Ano Conclusão:** _____

e-mail: _____

Horário de preenchimento do questionário: Início: ____ : ____h Término: ____ : ____h

Seguem, algumas afirmações, sobre como você vê a sua aprendizagem em relação às competências e habilidades desenvolvidas em todos os eixos de sua formação na perspectiva do cuidado integrado baseado na educação interprofissional, que definimos como **aprender de forma interativa com profissionais de outras áreas da saúde** (por ex., ciências da atividade física, educação física, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, psicologia, terapia ocupacional) **em situações variadas.**

Leia cuidadosamente cada afirmação e indique o seu grau de concordância ou discordância em cada uma delas.

Como se sente em relação às seguintes afirmações?

Por favor marque com um **X** o número apropriado.

Fator 1. Trabalho em Equipe e colaboração.

Nº	Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	A aprendizagem junto com outros estudantes ajudou a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.					
2	Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.					
3	Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentou minha capacidade de compreender problemas clínicos.					
4	A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhora os relacionamentos após a graduação.					
5	Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde.					
6	A aprendizagem compartilhada me ajudou a pensar positivamente sobre outros profissionais.					
7	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros.					
8	Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde.					
9	A aprendizagem compartilhada me ajudou a compreender minhas próprias limitações.					
10	Considerando minha graduação, não desperdiçaria meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.					

Fator 2. Identidade profissional.

Nº	Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
11	Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso.					
12	A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudou a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.					
13	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde.					
14	A aprendizagem compartilhada ajudou a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.					
15	A aprendizagem compartilhada durante a graduação contribuiu para tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.					
16	A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos.					
17	Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde.					

Fator 3. Atenção centrada no paciente.

Nº	Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
18	Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu.					
19	Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional (autonomia profissional).					
20	Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico).					
21	Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente (objetivo clínico).					
22	Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente (situação do paciente).					
23	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente).					
24	Procuo transmitir compaixão aos meus pacientes (situação do paciente).					
25	Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto (situação do paciente).					
26	Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes (situação do paciente).					

Fator 4. Competências Comuns aos profissionais da saúde

Nº	Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
27	Atenção á saúde: Eu como profissional realizo meu trabalho dentro dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas com a resolução do problema de saúde, tanto individual como coletivo.					
28	Tomada de decisão: Minha atuação profissional é fundamentada na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado e efetivo de medicamentos e de procedimentos além de avaliar custo efetividade da força de trabalho e de praticas.					
29	Comunicação: Durante minha formação pude perceber desenvolvimento de efetividade na comunicação verbal, não verbal e na habilidades de escrita e leitura; para comunicação com outros profissionais e pessoas envolvidas com meus cuidados.					
30	Liderança: Durante minha formação pude perceber o desenvolvimento de potencial para assumir cargos de liderança.					
31	Administração e gerenciamento: durante minha formação pude desenvolver aptidão para fazer gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação. Além de aptidão para assumir cargo de gestão de equipe de saúde.					
32	Educação Permanente: Adquiri capacidade de aprender continuamente, tanto em minha formação, quanto em minhas praticas com responsabilidade e compromisso quanto a educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja beneficio mutuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.					

Fator 5.Competências propostas nos Projeto Pedagógico.

Nº	Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
33	Foi desenvolvido durante minha formação ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação tanto da saúde individual quanto coletiva.					
34	Foi desenvolvido em minha formação competências técnico científico e atitude critica reflexiva, considerando a situação sócio econômica política e cultural do país e o perfil sanitário epidemiológico da região de atuação das minhas praticas.					
35	Foi desenvolvido em minha formação capacidade para trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.					
36	Foi desenvolvido durante minha formação capacidade reflexiva quanto a necessidade de aprimoramento ou de ações de educação permanente junto aos membros/equipe nas quais desenvolvi minhas práticas.					