



Educação Permanente Em Saúde

Organização

**ANA LYGIA PIRES MELARAGNO
ARIADNE DA SILVA FONSECA
MARIA AURÉLIA DA SILVEIRA ASSONI
MARIA HELENA SANT'ANA MANDELBAUM**





ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Diretoria Nacional e Conselho Fiscal
Gestão 2022/2025

Jacinta de Fátima Senna da Silva

Presidente

Sônia Maria Alves

Vice Presidente

Rosalina Aratani Sudo

Secretária Geral

Aline Macêdo de Queiroz

Diretora do Centro Financeiro

Livia Angeli Silva

Diretora do Centro de Desenvolvimento da Prática
Profissional e do Trabalho de Enfermagem

Érica Rosalba Mallmann Duarte

Diretora do Centro de Publicações e Comunicação Social

Cassia Barbosa Reis

Diretor do Centro de Estudos e
Pesquisas em Enfermagem

Célia Alves Rozendo

Diretora de Educação em Enfermagem

CONSELHO FISCAL – TITULARES

Fidélia Vasconcelos de Lima

Maria do Amparo Oliveira

Keli Marini dos Santos Magno

CONSELHO FISCAL – SUPLENTES

Sandra Maria Cezar Leal

Lucília de Fátima Santana Jardim

PRODUÇÃO EDITORIAL

Paulo Roberto Pinto | Projeto gráfico e diagramação
Magdalena Avena | Assistente editorial

REVISORES TÉCNICOS

Ana Lygia Pires Melaragno
Ariadne da Silva Fonseca
Maria Aurélia da Silveira Assoni
Maria Helena Sant'Ana Mandelbaum

COMO CITAR

Melaragno ALP, Fonseca AS, Assoni MAS, Mandelbaum MHS, organizadoras. Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e25>

E24 Educação Permanente em Saúde / Organização Melaragno ALP; Fonseca AS; Assoni MAS; Mandelbaum MHS. il., color. ; -- Brasília, DF : Editora ABEn, 2023.

108 p.
ISBN 978-65-89112-20-4
e-Book (PDF)
Textos de Autores Diversos.

1. Educação Permanente. 2. Enfermagem. 3. Método. 4. Ensino e Aprendizagem. I. Associação Brasileira de Enfermagem. II. Ana Lygia Pires Melaragno. (Org.); III. Ariadne da Silva Fonseca. (Org.). IV. Maria Aurélia da Silveira Assoni. (Org.). V. Maria Helena Sant'Ana Mandelbaum. (Org.).

CDU 374
CDD 378

Ficha catalográfica elaborada por Magdalena Avena CRB SP-009663/O



APRESENTAÇÃO

A **Comissão Assessora de Enfermeiros de Educação Permanente em Saúde – CAEPES**, instituída no ano de 2022, pela Associação Brasileira de Enfermagem Seção São Paulo, ABEn-SP, está vinculada à Diretoria de Práticas e do Trabalho em Enfermagem e congrega enfermeiros que atuam nesta área em instituições de ensino e assistência, públicas e ou privadas, do Estado de São Paulo.

A CAEPES tem como objetivo integrar os profissionais envolvidos na **Educação em Saúde** e promover atividades científicas, discussões e propostas para o desenvolvimento das suas competências, necessidades e atuação no cotidiano do trabalho. É uma comissão aberta à participação de todos os enfermeiros associados a ABEn-SP e seu trabalho iniciou reunindo 107 profissionais enfermeiros. Este número, embora significativo, é bem inferior ao contingente de profissionais que exercem esta atividade em nosso Estado.

No início do nosso trabalho procuramos identificar as prioridades deste grupo para posteriormente elaborarmos o plano estratégico da CAEPES. E em nossas reuniões a necessidade de evidência científica para consulta rápida, envolvendo os temas educacionais, surgiu rapidamente. A preocupação em produzir um material com conteúdo atualizado e elaborado por enfermeiros que estão envolvidos nesta prática, permeou todo este trabalho. Consideramos importante identificar os temas de maior interesse e contemplar as sugestões que nos foram encaminhados pelos integrantes da CAEPES.

Também identificamos os enfermeiros interessados em realizar a sua contribuição na escrita do material e o trabalho foi realizado promovendo a integração de profissionais da prática da Educação Permanente em Saúde, de diferentes municípios e instituições, enriquecendo a nossa primeira produção.

Portanto, o objetivo deste e-book é ser uma ferramenta para que os enfermeiros possam planejar, desenvolver e avaliar as ações voltadas para a Educação Permanente em Saúde.

Trata-se de uma construção coletiva de profissionais que acreditam que por meio da Educação Permanente em Saúde podemos melhorar a assistência oferecida a população garantindo a segurança do paciente e do profissional.

Todo enfermeiro é um educador em potencial, pois tem a responsabilidade de orientar e ensinar sua equipes e seus pares nas diferentes fases de formação, atuando também com pacientes e familiares. Entretanto é importante que se utilize adequadamente as diferentes metodologias, ferramentas e estratégias educativas, selecionando conteúdos e avaliando os resultados, com apoio da Educação Permanente em Saúde que não pode se restringir a “ministrar aulas, capacitações ou treinamentos”, mas precisa transformar a atenção em saúde por meio da educação.

Elaboramos este e-book com treze capítulos, iniciando-o por um Glossário. A ideia do Glossário surgiu da necessidade evidenciada pelos organizadores junto aos participantes da CAEPES visando alinhar e oferecer conceitos e definições sobre termos comumente utilizados na Educação em Saúde. Esta cuidadosa relação de termos com definições atualizadas facilitarão a nossa comunicação e compreensão durante a leitura.

No capítulo 2 descrevemos as competências necessárias para ser enfermeiro Educador, salientando a importância da Educação em Saúde como ferramenta para o desenvolvimento dos profissionais, estimulando o pensamento crítico e reflexivo. Já no capítulo 3 falamos sobre o desenvolvimento de habilidades, a importância de utilizarmos ferramentas que nos permitam registrar as etapas realizadas pelos alunos, identificando eventuais necessidades de reforços e ou revisão. O uso da simulação em saúde vem se tornando cada vez mais frequente pois é uma metodologia que produz excelentes resultados, desde que haja uma construção



detalhada e sistematizada do cenário que será utilizado, vamos falar sobre isso no capítulo 4. As metodologias ativas como Aprendizagem Baseada em Projetos - ABP, Problem Based Learning- PBL, Team Based Learning – TBL, são abordadas nos capítulos 5, 6 e 7 respectivamente, reforçando o papel do facilitador neste processo. Os excelentes resultados com a utilização destas estratégias estão descritos em inúmeros estudos na área da saúde, e seu uso é cada vez mais frequente. É importante lembrar que um planejamento detalhado sempre deve anteceder e o aluno deve ser orientado sobre o seu papel enquanto protagonista do seu aprendizado.

Os mapas conceituais são representações gráficas dos conceitos abordados, estão no capítulo 8. Ele ajuda a organizar as ideias de maneira gráfica, facilitando a fixação do conteúdo ministrado. Não deixamos de incluir a Taxonomia de Bloom, no capítulo 9, pois é um sistema importante para o educador organizar o processo ensino aprendizagem, melhorar seus planos de aula utilizando os verbos indicados para cada fase do processo. Neste capítulo também vamos falar sobre a Sala de aula invertida e o papel do tutor. A sala de aula invertida, descreve esta estratégia de ensino e o papel do facilitador no sentido de direcionar os alunos a pesquisa de conteúdo de boa qualidade para utilizar em sala. A sala de aula invertida, abordada no capítulo 9, descreve esta estratégia de ensino e o papel do facilitador no sentido de direcionar os alunos a pesquisa de conteúdo de boa qualidade para utilizar em sala. O papel do tutor tem se tornado uma discussão importante considerando o crescimento do uso da estratégia de ensino a distância para os treinamentos e outras atividades na educação em saúde, reforçando sua responsabilidade no incentivo ao aprendizado e na eliminação de dúvidas através de feedback frequente e monitoramento da plataforma digital em uso. No capítulo 10 abordamos o Ensino na Saúde e sua importância na prática do profissional contribuindo para a segurança do paciente e apresentamos experiências de sucesso na sua realização, trazendo a você leitor, uma visão prática do Ensino na Saúde. No capítulo 11 temos uma abordagem sobre os desafios encontrados ao lecionar em outro país com diferenças no idioma, fatores culturais, econômicos, próprios da profissão de enfermagem e sistema de saúde, sustentados por referências bibliográficas e científicas. No capítulo 12 abordamos a o treinamento admissional, pois é uma atividade frequente para o educador e saúde e deve ser bem planejada para que garanta ao ingressante o interesse e segurança para o desenvolvimento destas atividades. Por fim, no capítulo 13 abrimos espaço para que educadores relatassem algumas experiências com a utilização de diferentes estratégias de ensino e seus resultados. Nosso intuito neste capítulo é despertar o interesse em experimentar novas estratégias e compartilhar essas experiências.

Desta forma buscamos reforçar que a utilização de metodologias ativas adequadas, e permeiam os conceitos da andragogia, ou seja, a pedagogia voltada para o ensino de indivíduos adultos, tem um potencial transformador na prática junto ao paciente e comunidade.

Todos os capítulos foram escritos por enfermeiros com larga experiência em educação em saúde e que agora, empenham-se em produzir conteúdo relatando a sua prática, baseada em evidências científicas.

Esperamos que aproveite a leitura e compartilhe com nossos colegas. Sua opinião também é importante para nós e vamos agradecer se puder enviá-la por meio de nosso site e ou da Editora ABEn.

Boa leitura!!!



PREFÁCIO

É muito gratificante escrever o prefácio deste e-book, pois ele é um produto do trabalho de enfermeiros educadores, e foi nesta atividade que trabalhei por mais de 30 anos. Ser enfermeiro educador implica em coordenar os processos de ensino aprendizagem na instituição em que está inserido. Este trabalho nem sempre está restrito à equipe de enfermagem, mas também abrange a equipe interdisciplinar.

O enfermeiro educador deve ter seus conhecimentos atualizados e formação na área de docência, para que tenha domínio dos conceitos relativos à pedagogia e andragogia e conhecimento de todas as etapas que envolvem o processo ensino aprendizagem. Também deve estar preparado para lidar com equipes sobrecarregadas e muitas vezes cansadas pelas duplas ou triplas jornadas, além de preocupados com os pacientes que deixaram nas unidades para participar de treinamentos, palestras ou outras atividades educacionais.

A criação da Comissão Assessora de Educação Permanente em Saúde CAPES da ABEn-SP, foi criada enquanto exercia o cargo de Diretora de Práticas Profissionais e do Trabalho em Enfermagem, na gestão de 2019-2022. Conseguir reunir os enfermeiros interessados nesta temática e que enfrentam os desafios de desenvolver profissionais abordando diferentes temáticas foi o nosso primeiro desafio. E ao constituir a CAEPES pude testemunhar a satisfação dos participantes, que como educadores estavam ávidos de novos conhecimentos e desejo de troca de experiências. E é assim que a aquisição do conhecimento se processa.

Até chegarmos à nomenclatura de Educação Permanente em Saúde, passamos por outros conceitos, como Educação em Serviço e Educação Continuada. Na primeira situação, a Educação Continuada era voltada para os trabalhadores de enfermagem, pois esta foi a primeira profissão a inserir o processo educacional nos processos e ambiente de trabalho, as ações eram voltadas para o ensino de processos e técnicas de trabalho de interesse da organização e não do profissional. A utilização de metodologia tradicional era predominante. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a Educação Continuada é um processo que inclui as experiências prévias e englobaria as atividades de ensino após o curso de formação com finalidades mais restritas de atualização, e manteve o predomínio das metodologias tradicionais, mas não se restringe ao ambiente de trabalho e pode ocorrer durante toda a vida do profissional.

Porém em 1980, por inspiração Freireana, aparece o conceito de Educação Permanente, orientada para suprir as necessidades de ensino aprendizagem dentro do processo laboral. Uma nova mudança ocorre, quando a Educação Permanente em Saúde se torna uma política pública para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde. A aprendizagem deve ocorrer partindo do que se conhece e acrescentando novos conceitos, considerando as complexidades do sistema de saúde por meio da aprendizagem significativa, que prevê que o conhecimento deve ser construído, considerando as novidades e o que já se têm consolidado.

A Educação Permanente em Saúde e o Enfermeiro Educador tem agora a responsabilidade de desenvolver os profissionais, com uma visão crítica e transformadora, partindo do processo de trabalho como seu objeto de transformação, e melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população.

E essa é uma missão de extrema importância, pois educar é necessário sempre, pois o cuidar deve ser de excelência mesmo quando o curar não vai ser possível.

Neste e-book vamos encontrar valiosas contribuições de colegas envolvidos e experientes na educação, interessados em trocar conhecimentos. Essa motivação para uma Educação Permanente em Saúde foi fundamental para chegar a este resultado. Vamos aproveitar a leitura e participar da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN, em São Paulo ou no seu Estado. Na ABEN, você contribui para a construção de uma enfermagem melhor, por meio da educação!!



SUMÁRIO

6 CAPÍTULO I

GLOSSÁRIO EDUCAÇÃO EM SAÚDE

19 CAPÍTULO II

AS 9 COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DO ENFERMEIRO EDUCADOR: ASPECTOS DA ATIVIDADE EDUCATIVA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

31 CAPÍTULO III

HABILIDADES PARA AS MELHORES PRÁTICAS CLÍNICAS

37 CAPÍTULO IV

CONSTRUÇÃO DE CENÁRIOS NA SIMULAÇÃO CLÍNICA

47 CAPÍTULO V

APRENDIZAGEM BASEADA EM PROJETOS

54 CAPÍTULO VI

APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

61 CAPÍTULO VII

APRENDIZAGEM BASEADA EM TIME

68 CAPÍTULO VIII

MAPAS CONCEITUAIS

76 CAPÍTULO IX

FERRAMENTAS ATIVAS PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

83 CAPÍTULO X

ENSINO NA SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

91 CAPÍTULO XI

PRÁTICAS DE ENSINO DIFERENCIADAS EM PROGRAMAS DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM NO PERU: LIÇÕES PARA A DOCÊNCIA INTERNACIONAL

97 CAPÍTULO XII

TREINAMENTO ADMISSIONAL E A EDUCAÇÃO PERMANENTE

104 CAPÍTULO XIII

RELATO DE EXPERIÊNCIA VIVENCIADA DE ENFERMEIRAS QUE TRABALHAM EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR ASSISTENCIAL DE ENSINO



<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c01>

GLOSSÁRIO EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Maria Helena Sant'Ana Mandelbaum^I

ORCID: 0000-0002-6432-507X

Thaynara Maria Santos Martins^{II}

ORCID: 0000-0002-0000- 6993

Regiane Porfírio^{III}

ORCID: 0000-0001-6703-9741

Ana Lygia Pires Melaragno^{IV}

ORCID: 0000-0001-5662-0135

Aparecida Visentin^V

ORCID: 0000-0003-0423-6814

Rosângela Francisconi^{VI}

ORCID: 0000-0002-2284-4402

^IUniversidade do Vale do Paraíba (UNIVAP).
São José dos Campos, São Paulo, Brasil.

^{II}Cura Grupo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III}Universidade Paulista – UNIP, Instituto de Ciências da Saúde.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{IV}Educare & Onco Ensino e Desenvolvimento.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^VInstituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual,
Centro de Simulação Realística, CEDEP.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{VI}Consultoria RF.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autor Correspondente:

Maria Helena Sant'Ana Mandelbaum.
E-mail: mhsmandelbaum@gmail.com



Como citar:

Mandelbaum MHS, Martins TMS, Porfírio R, et al. Glossário Educação em Saúde. In: Melaragno ALP, Fonseca AS, Assoni MAS, Mandelbaum MHS, organizadoras. Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. p 6-18. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c01>

INTRODUÇÃO

A construção deste glossário surgiu da necessidade de facilitarmos a compreensão dos termos utilizados no e-book. A educação em saúde passou por várias etapas e paradigmas, produzindo conceitos diferentes e diversas possibilidades de utilização de novas metodologias educacionais. Da mesma forma, o avanço nas tecnologias em saúde e das tecnologias da informação e comunicação (TICs) trouxeram novos termos para o nosso vocabulário. Este glossário tem como objetivo contribuir para a utilização dos termos com conceitos atualizados e contextualizados. Não pretendemos esgotar todos os termos existentes, pois a cada dia são incorporados novos conceitos, exigindo desta forma uma permanente atualização dos profissionais.

Como metodologia partimos da criação de um formulário online onde enfermeiros educadores em saúde, membros da CAEPES pudessem incluir todos os termos que considerassem importantes. Não havia um limite por profissional. Foram recebidos sugestões de 186 termos, que após exclusão de termos duplicados e agrupamento de termos similares resultaram em 76 termos que foram incorporados a este glossário. Para a atualização dos significados e conceitos foi realizada cuidadosa busca na literatura científica e fontes de pesquisa como sites e guias publicados por instituições nacionais e internacionais sobre a temática. As referências consultadas encontram-se disponíveis ao término deste capítulo.

Os autores responsáveis pelo glossário criaram um documento compartilhado online relacionando todos os termos em ordem alfabética, para que todos pudessem contribuir na construção dos conceitos. Foi estabelecido um prazo para a realização desta etapa e ao término os



autores se reuniram para que todos os termos e significados fossem lidos e discutidos no grupo para a seleção das melhores definições e conceitos e sua validação pelo grupo.

Você poderá apreciar os resultados deste trabalho a seguir onde estão elencados os termos mais utilizados em EPS com seus significados:

AMBIENTE SEGURO DE APRENDIZAGEM: ambiente emocional criado por meio da interação entre todos os participantes, no qual se sentem à vontade mesmo cometendo erros ou assumindo riscos.

APRENDIZAGEM: processo de mudança de comportamento obtido por meio da experiência construída por fatores emocionais, neurológicos, relacionais e ambientais. Aprender é o resultado da interação entre estruturas mentais e o meio ambiente. A aprendizagem tem uma importância fundamental para o ser humano, já que, quando nascemos, estamos desprovidos de meio de adaptação intelectuais e motores. Pressupõe a necessidade de motivação para a solução de situações com incorporação de comportamentos num determinado tempo e contexto.

AVATAR: refere-se a um objeto virtual utilizado para representar um objeto físico (exemplo, um ser humano) em um ambiente virtual. É uma representação gráfica de uma pessoa capaz de realizar ações relativamente complexas enquanto participa de uma experiência baseada em simulação virtual. Esta representação inclui resposta física e expressão facial da pessoa, sendo que o usuário controla o *avatar* por meio do uso de *mouse*, *joystick* ou teclado, enquanto navega pelo ambiente virtual de aprendizagem.

BRIEFING OU PRÉ-BRIEFING: atividade realizada antes do início da simulação. No *briefing* ou *pré-briefing*, os participantes revisam os objetivos de aprendizagem e recebem informações preparatórias essenciais sobre o cenário de simulação (incluindo duração, cenário propriamente dito, entre outros), instruções sobre manuseio dos equipamentos e simuladores, papéis e diretrizes, permitindo o estabelecimento de um ambiente seguro que facilita o alcance dos objetivos pretendidos.

CAPACITAÇÃO: preparação de uma pessoa para enfrentar situações de seu cotidiano no ambiente de trabalho. Trata-se de uma maneira que a organização tem de preparar seus colaboradores para realizar suas atividades para as novas demandas do mercado e também reduzir a dependência entre os colaboradores para a realização de suas atividades, promovendo a autonomia e responsabilidade.

CENÁRIO OU CENÁRIO CLÍNICO SIMULADO: plano detalhado da simulação clínica que pode variar em relação à complexidade e tempo de duração de acordo com os objetivos de aprendizagem propostos e que inclui o contexto da simulação (unidade de internação, pronto-socorro, sala cirúrgica, ambiente pré-hospitalar, etc.), os participantes do evento, notas informativas, metas e objetivos, instruções e informações do participante, do paciente padronizado, do ambiente, além do simulador, equipamentos, adereços e ferramentas e/ou recursos relacionados para gerenciar a experiência simulada. Além disso, o cenário deve conter o caso clínico, o *debriefing* e a forma de avaliação dos participantes.

CMS: é a sigla de *Content Management System*. Tem como objetivo gerenciar conteúdos digitais de maneira distribuída e colaborativa. Existem várias ferramentas de CMS, cada qual com características e funcionalidades diferentes para atender diversas áreas de aplicação, como gerenciamento de conhecimento, de arquivos, portais corporativos e bibliotecas digitais, entre outros. Com os avanços tecnológicos, as diferentes gerações, os recursos de *web* e multimídia, são certamente visíveis à inserção das tecnologias em nosso cotidiano ganhando espaço também na educação e formação de cultura digital. Várias organizações em saúde oferecem além de capacitações profissionais, os conteúdos digitais. Com uma plataforma digital CMS, não é necessário ter domínios de programação. As etapas se dividem em criar um conteúdo, indexar e publicar. Ficando a cargo a revisão e gestão periódica do administrador. Nessas plataformas podem ser inseridas imagens, formulários, confecção de fóruns, textos, incorporação de *podcasts* e diversos outros recursos educacionais.

DEBRIEFING: processo reflexivo realizado após um cenário ou experiência baseada em simulação, conduzido por um facilitador treinado. No *debriefing*, é encorajado o pensamento reflexivo dos participantes para que tenham compreensão do conhecimento e transfiram essa aprendizagem para situações futuras reais. Promove o entendimento e apoia a transferência de conhecimentos, habilidades e atitudes. O *debriefing* é pautado em uma estrutura teórica e deve ser direcionado para os objetivos de aprendizagem e resultados esperados.

DESIGN INSTRUCIONAL (DI): o processo sistemático e reflexivo de traduzir princípios de cognição e aprendizagem para o planejamento de materiais didáticos, atividades, fontes de informação e processos de avaliação. Visa criar processos e materiais didáticos eficazes, que atinjam seus objetivos pedagógicos, consumindo o menor tempo possível. Devem ser agradáveis para os aprendizes e viáveis em seu custo-benefício.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: 1 - Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. 2 – Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. 3 – Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades.

A educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população e deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: estratégia em que estudantes ou profissionais da saúde de duas ou mais profissões aprendem juntos, de forma interativa, permitindo uma colaboração eficaz e melhorando os resultados em saúde.

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL APRIMORADA POR SIMULAÇÃO: possibilita o envolvimento de todos os participantes de diferentes profissões na experiência baseada em simulação, estimulando a cooperação, comunicação, compartilhamento de habilidades e de conhecimentos na equipe. O desenvolvimento deste tipo de educação deve ser pautado em modelos teóricos e aspectos conceituais inerentes a cada profissão envolvida na atividade e incluir plano de avaliação apropriado. Além disso, é necessário reconhecer previamente possíveis barreiras para sua implementação.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: Composição de coletivos de trabalho, integrados pelas diferentes profissões de saúde. Sua dinâmica de atuação implica compartilhamento e potencialização de ações e de compromissos junto aos usuários do sistema de saúde. A organização das equipes multiprofissionais deve levar em conta as realidades locais em que atuarão e a disponibilização, de maneira matricial (transdisciplinar), dos saberes e práticas organizadas em profissões da saúde.

ESPECIALIZAÇÃO: Cursos de pós-graduação *latu sensu* oferecidos por IES – Instituições de Ensino Superior devidamente autorizadas pelo MEC- Ministério da Educação, com carga horária mínima de 360 horas, que concedem diploma de pós-graduação em área específica conforme autorização de funcionamento do curso. Na Enfermagem as especializações do enfermeiro são normatizadas pela Resolução 0581/2018, e a dos Técnicos de enfermagem pela Resolução.

FACILITAÇÃO: estratégia utilizada nas diferentes fases da experiência baseada em simulação (*briefing*, simulação e *debriefing*) na qual uma pessoa ajuda a direcionar o alcance dos resultados pelo participante por meio de orientações.

FACILITADOR (também conhecido como professor / instrutor / tutor): indivíduo treinado que fornecerá suporte e orientação em parte ou em todos os estágios (*briefing*, no cenário simulado e/ou *debriefing*) do ensino baseado na simulação. Sugere-se que o facilitador tenha formação específica em simulação fornecida por um curso formal e/ou com abordagens específicas planejadas junto a um mentor experiente.

FACILITADOR DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Profissional que estimula e propicia para as equipes do Sistema Único de Saúde (SUS) a reflexão crítica sobre as suas práticas e os processos de trabalho em saúde, visando a ampliar a capacidade institucional e profissional de atenção, de gestão, de participação social e de formação em sistemas locais de saúde.

FIDELIDADE/CREDIBILIDADE: corresponde ao grau com que uma experiência simulada se aproxima da realidade. O aumento da fidelidade é acompanhado pelo aumento do realismo. O nível de realismo associado a uma simulação específica pode ser determinado por várias dimensões:

- Fatores físicos: ambiente, equipamentos, ferramentas, simuladores, maquiagens, ruídos, adornos;
- Fatores psicológicos: emoções, crenças e autoconsciência dos participantes;
- Fatores sociais: motivação e metas dos participantes e instrutores;
- Cultura do grupo;
- Grau de abertura e confiança, bem como o modo de pensar dos participantes.

Quadro 1 – Classificação dos níveis de fidelidade. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2023

BAIXO	Favorece a reprodução realista do procedimento. Podem-se utilizar simuladores com recursos limitados (baixa tecnologia), estáticos, sem interação ou resposta; possibilita treinar o participante para uma habilidade específica sem a necessária contextualização.
MÉDIO	Tem por objetivo desenvolver cenários pouco complexos, mas com algum tipo de interação. Podem-se utilizar simuladores com média tecnologia (exemplo: simulador não responsivo em termos de sinais fisiológicos). Possibilita treinar o participante para habilidades específicas, como reconhecimento de parada cardiorrespiratória.
ALTO	Favorece o desenvolvimento do raciocínio clínico e tomada de decisão. Possibilita treinar o participante para cenários complexos permitindo o trabalho em equipe; podem-se utilizar simuladores de alta tecnologia.

Fonte: Adaptado pelos autores de instrumento do Minnesota Dept of Health.

FIDELIDADE CONCEITUAL: garante que todos os elementos do cenário ou caso se relacionem entre si de forma realística, fazendo sentido aos participantes.

FIDELIDADE FÍSICA (OU AMBIENTAL): refere-se ao quão realista a atividade simulada retrata o ambiente real.

FIDELIDADE PSICOLÓGICA: maximização do ambiente simulado evocando processos psicológicos encontrados no cenário do mundo real.

FRAMES: perspectivas pelas quais os indivíduos interpretam novas informações e experiências para tomada de decisão. São formados por experiências prévias e baseados em conhecimentos, atitudes, sentimentos, metas, ações (fala, linguagem corporal), atitudes (verbais e não verbais), regras e/ou percepções tanto do participante, quanto do facilitador.

GUIAS DE APRENDIZAGEM: guias de simulação clínica que compõem uma estratégia pedagógica e permitem abordar e integrar conhecimentos, atitudes e práticas dos aprendizes. Esses guias têm como objetivo

auxiliar a aprendizagem do participante por meio do autocondução e autoavaliação, assim como permitir ao facilitador, meios de conduzir ou avaliar determinada habilidade de forma estruturada, clara e objetiva.

HABILITAÇÃO: Processo voltado para o ensino de competências e habilidades técnicas demandadas por ocupações específicas do mercado de trabalho. Em sua forma ampliada, inclui a preparação para o mundo do trabalho de modo mais abrangente, associando à aprendizagem de habilidades específicas o desenvolvimento de conceitos, atitudes e comportamento.

HABILIDADE: capacidade adquirida pelo participante por meio da prática.

HOSPITAL DE ENSINO: Hospital certificado em conjunto pelos ministérios da Saúde e da Educação como instituição de assistência que participa da formação de estudantes de graduação e de pós-graduação contribui para a pesquisa, o desenvolvimento científico e a avaliação tecnológica em saúde e que atende a compromissos de educação permanente em saúde junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

INTERDISCIPLINARIDADE: Propicia a integração entre as inúmeras áreas do conhecimento, e entre essas áreas e o dia a dia dos alunos. Mostra-se fundamentada na intersubjetividade de métodos, tornando-se presente através da linguagem como forma de comunicação e expressão humana. Prevê a integração de disciplinas em um eixo integrador.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (AI): é a capacidade de dispositivos eletrônicos de funcionar de maneira que lembra o pensamento humano. Isso implica em perceber variáveis, tomar decisões e resolver problemas. Enfim, operar em uma lógica que remete ao raciocínio. “Artificial”, segundo o dicionário Michaelis, é algo que foi “produzido por arte ou indústria do homem e não por causas naturais”. Já inteligência é a “faculdade de entender, pensar, raciocinar e interpretar”. Ou o “conjunto de funções mentais que facilitam o entendimento das coisas e dos fatos”. No mesmo dicionário, há duas definições da Psicologia para a palavra “inteligência”:

- Habilidade de aproveitar a eficácia de uma situação e utilizá-la na prática de outra atividade
- Capacidade de resolver situações novas com rapidez e êxito, adaptando-se a elas por meio do conhecimento adquirido.

Mesmo essas duas últimas definições fazem sentido quando falamos em inteligência artificial, com a vertente chamada de *machine learning* (aprendizado de máquina). Enfim, a inteligência artificial é desenvolvida para que os dispositivos criados pelo homem possam desempenhar determinadas funções sem a interferência humana. É a capacidade de uma máquina para reproduzir competências semelhantes às humanas como é o caso do raciocínio, a aprendizagem, o planejamento e a criatividade. A IA permite que os sistemas técnicos percebam o ambiente que os rodeia, lidem com o que percebem e resolvam problemas, agindo no sentido de alcançar um objetivo específico. O computador recebe dados (já preparados ou recolhidos através dos seus próprios sensores, por exemplo, com o uso de uma câmera), processa-os e responde. Os sistemas de IA são capazes de adaptar o seu comportamento, até certo ponto, através de uma análise dos efeitos das ações anteriores e de um trabalho autônomo.

JULGAMENTO CLÍNICO: compreende o processo mental e comportamental que engloba o atendimento/ assistência ao paciente. Refere-se à realização de decisões baseadas nos vários tipos de conhecimentos e é influenciado por experiências prévias individuais e habilidades de resolução de problemas, pensamento crítico e raciocínio clínico

LIFE SAVERS (SALVA VIDAS): estratégia para gerenciar eventos inesperados que ocorrem durante a simulação baseada em planos pré-determinados e/ou intervenções feitas espontaneamente durante os cenários, possibilitando que os participantes completem a atividade simulada.

LXP: É a sigla de *Learning Experience Platform*, ou seja, Plataforma de Experiência de Aprendizagem. Sendo uma das maiores tendências em plataformas virtuais de educação atualmente. Mais utilizados que a **LMS – Learning Management System**, na qual seu foco é mais na extração de relatórios, indicadores, dispor conteúdos educacionais de forma menos personalizada do que a LXP. Esse tipo de plataforma linca conteúdos conforme o perfil e interesse de navegação do aluno. Ao clicar em certo conteúdo, ela avalia a base de conteúdos naquela plataforma na qual se encontra na mesma categoria e realiza a propaganda ao aluno. Despertando o interesse no mesmo a demais conteúdos semelhantes que ele vem pesquisando e acessando, e recomendando conteúdos complementares. Assim, o aluno poderá ser o próprio protagonista do seu conhecimento, acessando os treinamentos e conteúdos que lhe despertam interesses em desenvolver novas competências e habilidades em uma experiência de aprendizagem personalizada. Costuma focar nas interações com especialistas, *chat* e bate papo ao vivo.

METAVERSO: Meta significa mudança, transcendência, ideias de comunidade e participação. Verso faz referência à palavra universo, tudo aquilo que existe. É um “não lugar” no ciberespaço, um contexto de simulação, uma ampliação do espaço real que fornece experiências sociais por meio de tecnologias. Trata-se de um híbrido entre ambiente virtual (num contexto de aprendizagem), jogos e espaço de comunicação instantânea e convivência. Pressupõe a existência de uma rede composta de atores humanos e não humanos - *softwares*, simulação, entre outros.

METODOLOGIAS ATIVAS: São estratégias de ensino que têm por objetivo incentivar os estudantes a aprenderem de forma autônoma e participativa, por meio de problemas e situações reais, realizando tarefas que os estimulem a pensar além, a terem iniciativa, a debaterem, tornando-se responsáveis pela construção de conhecimento. Neste modelo de ensino, o professor torna-se coadjuvante nos processos de ensino e aprendizagem, permitindo aos estudantes o protagonismo de seu aprendizado. Muito utilizado no processo de Andragogia e em alguns teóricos da Pedagogia.

MICROLEARNING: É uma alternativa educacional predominantemente digital que se utiliza de conteúdos curtos e objetivos, orientados para tópicos específicos, que pode ser utilizado na educação (corporativa) de forma estratégica, para intervenções que demandem agilidade e de forma sistemática, no apoio e na retenção de conhecimento compartilhado por meio de métodos diversos ou tradicionais.

MODELO BIOMÉDICO: Tem sido discutido desde meados do século XIX e trata-se do modelo tradicional de abordagem. Utiliza os sinais e sintomas apresentados pelo paciente como indicadores de alterações no organismo afetado. A partir da análise desses sintomas e sinais o profissional elabora um raciocínio clínico, para chegar a um diagnóstico correto da patologia causadora que permitirá a seleção do tratamento adequado. Caracteriza-se por ser individualista, curativo, centralizado na figura do médico, especialista, fragmentado e hospitalocêntrico. Não se debruça sobre a prevenção da doença e não aceita práticas não tradicionais de cura. Ele prioriza o diagnóstico e a cura.

MODELO CENTRADO NA PESSOA/PACIENTE: Trata-se do modelo de cuidado que depende das necessidades, das circunstâncias e das preferências do indivíduo que o recebe. A *Health Foundation* identificou um referencial composto por quatro princípios ligados ao cuidado centrado na pessoa: 1. Assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito. 2. Oferecer um cuidado, apoio ou tratamento coordenado. 3. Oferecer um cuidado, apoio ou tratamento personalizado. 4. Apoiar as pessoas para que reconheçam e desenvolvam as suas próprias aptidões e competências, a fim de terem uma vida independente e plena.

MODELO DE ENSINO 70:20:10: Modelo voltado para a aprendizagem e desenvolvimento nas organizações em que a aprendizagem se dá pela experiência, no qual os 70 significa que 70% do aprendizado de um profissional vem dos desafios rotineiros, das difíceis decisões, da experimentação, repetição e acúmulo de

experiência, assim como situações em que o profissional lida com responsabilidades crescentes. Esses 70% são conhecidos como *on-the-job learning*, ou seja, aprendizado no trabalho; 20% de aprendizado com outras pessoas por meio da observação e envolvimento com pessoas que podem servir como modelos/exemplos; 10% de aprendizado se dá através da educação formal.

MOODLE: É um ambiente virtual de aprendizagem que possibilita a administração de atividades educacionais e a criação de comunidades on-line em ambientes virtuais voltados para a aprendizagem colaborativa. Trata-se de uma plataforma de código aberto, ou seja, o desenvolvimento é feito por comunidades abertas a interessados, que se organizam pela internet.

MOULAGE: técnica com o uso de maquiagem, artefatos, adornos e/ou odor para criar características específicas de um cenário, como feridas, lesões, processo de envelhecimento, entre outras, corroborando com a fidelidade do cenário e as percepções sensoriais do participante.

MULTIDISCIPLINARIDADE: Entendida como uma gama de disciplinas, mas sem relação entre elas. Basta um diálogo paralelo entre dois ou mais especialistas e que justaponham os resultados para que ela aconteça. Supõe a mesma questão sendo tratada por disciplinas diferentes. As disciplinas mantêm seus limites e métodos, estabelecem um diálogo abordando a questão a partir de sua perspectiva.

NÍVEIS DE APRENDIZAGEM: A forma como a empresa se adapta ao ambiente e às mudanças internas e externas é uma das características da Aprendizagem Organizacional cujo processo ocorre em três níveis: No Nível Individual, estão a Intuição e a Interpretação, envolvendo competência, capacidade e motivação para desempenhar tarefas; em Nível Grupal, a aprendizagem ocorre por meio da Integração, no momento em que as pessoas debatem, explicam um determinado processo, dialogam e compartilham seu entendimento com colegas em diferentes perspectivas. Quando o conhecimento aprendido pelos indivíduos é disseminado, envolve feedbacks e está alinhado com registros em sistemas, procedimentos, estratégias e cultura passam-se ao Nível Institucionalização, pois, nesse momento, o conhecimento passa a pertencer também à organização.

OBJETIVOS: Os objetivos são ferramentas que orientam a consecução dos resultados baseados em simulação, cujas medidas determinam o impacto das experiências vivenciadas na prática simulada, incluindo melhoria da qualidade e segurança, aumento da produtividade e futura retenção de talentos. Para se obter melhores resultados, faz-se necessária a construção de objetivos significativos e mensuráveis. Resultados específicos mensuráveis que os participantes devem alcançar durante uma atividade simulada, podendo abranger os domínios cognitivo, afetivo e/ou psicomotor da aprendizagem. O uso do mnemônico *S.M.A.R.T* (*specific, measurable, assignable, realistic, time related*), criado por Doran, pode ser utilizado como guia para a criação dos objetivos. Logo, os objetivos da atividade simulada devem ser específicos, mensuráveis, alcançáveis, realistas e oportunos.

Quadro 2 – SMART. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2023

S – ESPECÍFICO	O que exatamente será feito e para quem?
M – MENSURÁVEL	É quantificável e mensurável?
A – ALCANÇÁVEL	É possível realiza-lo no prazo proposto e com os recursos e apoios disponíveis?
R – REALISTA	Terá efeito sobre a meta ou resultado desejado?
T – OPORTUNO	Quando este objetivo será cumprido?

Fonte: Adaptado pelos autores de instrumento de Minnesota Dept of Health.

OBJETIVO (S) DE APRENDIZAGEM: São descrições concisas, claramente articuladas que contribuem na organização do conteúdo e das atividades de aprendizagem, por parte do professor-autor e permitem que o estudante saiba, desde o início, o que irá fazer o que deverá alcançar, no percurso e ao final dele.

OBJETIVO(S) DA SIMULAÇÃO: resultados específicos mensuráveis que os participantes devem alcançar durante uma atividade simulada, podendo abranger os domínios cognitivo, afetivo e/ou psicomotor da aprendizagem.

ORIENTADOR DE SERVIÇO: Profissional de saúde com função de supervisão docente-assistencial de caráter ampliado, exercida em campo, dirigida aos trabalhadores de saúde de quaisquer níveis de formação, atuante nos ambientes em que se desenvolvem programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências para profissionais e estudantes da área da Saúde.

ONBOARDING/INTEGRAÇÃO: Usualmente chamado de integração, é uma série de processos pelos quais novos colaboradores passam ao serem admitidos por uma organização e tem como objetivo promover a socialização deste novo colaborador com os processos, procedimentos e cultura organizacional. É um processo que fortalece a retenção e a produtividade e oferece oportunidades para o novo funcionário aclimatar-se a um novo ambiente, realizar tarefas-chave de trabalho mais rapidamente, conhecer a missão da organização e valores, aprender como acessar recursos e determinar como ele pode contribuir para o crescimento e sucesso institucional.

OSCE: Objective Structured Clinical Examination ou **Exame Clínico Objetivo Estruturado** é um sistema que utiliza diferentes tecnologias para simular o exame clínico estruturado, alguns com interação via texto ou voz, outros através da interação com imagens e vídeos em uma interface intuitiva. Trata-se de uma ferramenta educacional para fornecer *feedback* imediato.

PBL: Do inglês **Problem-Based Learning**, a aprendizagem baseada em problemas tem como inspiração os princípios da escola ativa, do método científico, de um ensino integrado e integrador dos conteúdos, dos ciclos de estudo e das diferentes áreas envolvidas, em que os alunos aprendem a aprender e preparam-se para resolver problemas relativos às suas futuras profissões. Propõe uma matriz organizada por temas, competências e problemas diferentes, em níveis de complexidade crescentes, que os alunos deverão compreender e equacionar com atividades individuais e em grupo. Cada um dos temas de estudo é transformado em um problema a ser discutido em um grupo tutorial que funciona como apoio para os estudos.

PESQUISA CLÍNICA: É o termo utilizado para designar estudos científicos que envolvem seres humanos com o objetivo de avaliar a segurança e a eficácia de um procedimento ou de um medicamento em teste por meio de coleta de dados, realização de coleta de sangue e outros materiais biológicos para análise laboratorial, procedimentos diagnósticos, entrevistas e outras ações.

PIRÂMIDE DE APRENDIZAGEM DE GLASSER: O conceito de pirâmide de aprendizagem foi criado pelo psiquiatra estadunidense William Glasser que classificou métodos e ferramentas por meio de suas respectivas eficácias e capacidade de assimilação de conteúdo, criando uma proposta que visa otimizar o aprendizado de alunos de diferentes plataformas e definiu as formas como aprendemos. Glasser descarta a técnica de memorização e valoriza o aprender fazendo. Para comprovar o psiquiatra elaborou uma pirâmide da aprendizagem, a qual é baseada em estudos e pesquisas do grau de como os alunos aprendem: 10% do conteúdo é aprendido quando lemos; 20% do conteúdo é assimilado quando escutamos; 30% é aprendido quando assistimos/observamos algo; 50% é assimilado quando combinamos escuta e observação; 70% é aprendido quando discutimos, conversamos, perguntamos e debatemos o tema; 95% do conhecimento é aprendido quando temos que ensinar alguém, explicando, resumindo, definindo e estruturando o conhecimento.

PIRÂMIDE DE MILLER: É um modelo hierárquico em quatro níveis, utilizado para o desenvolvimento de métodos de construção do conhecimento e de avaliação, bem como para construção de objetivos de aprendizado. Na base da pirâmide encontram-se os níveis sabe que se refere a avaliação de como os estudantes integram os conhecimentos prévios com a nova informação - o “Saber” - e o “Saber como Fazer”; já nos níveis superiores as ferramentas avaliam a ação, as habilidades práticas, com o “Mostrar como Fazer” e o “Fazer”.

PLANO DE AULA: É a previsão dos conteúdos e atividades de uma ou de várias aulas que compõem uma disciplina ou unidade de estudo. É a sequência de tudo o que vai ser desenvolvido em um dia letivo. Nele devem ser estabelecidas, de forma sistemática, as atividades de tudo que será desenvolvido na sala de aula em uma determinada disciplina e tempo, ou seja, as diretrizes e os meios de realização do trabalho do professor.

PACIENTE PADRONIZADO (também conhecido como paciente simulado ou ator): profissional e/ou pessoa treinada que desempenha papel como paciente em cuidados reais de saúde para reproduzir a experiência clínica, especialmente em situações que envolvem comunicação entre profissionais de saúde, equipes e pacientes. Um cenário com roteiro instrutivo é essencial para o treinamento e direcionamento das ações do ator durante a atividade simulada.

PROFISSIONAL DE SAÚDE: Indivíduo que, estando ou não ocupado no setor da Saúde, detém formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde. Notas: i). A formação e/ou capacitação do profissional de saúde requer um conjunto de habilidades cognitivas, adquiridas com o intuito de atuar nesse setor. ii). Considera-se também profissional de saúde o indivíduo com formação profissional específica que está desempregado ou que esteja procurando emprego

POLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Sin. Polo. Instância de articulação interinstitucional e loco regional para a gestão de processos educativos significativos e agregadores de transformação na atenção à saúde, na gestão setorial, no ensino de saúde e no controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Nota: os polos são compostos por gestores estaduais e municipais do SUS, instituições formadoras, hospitais de ensino, serviços do SUS, estudantes universitários da área de Saúde (movimento estudantil), trabalhadores de saúde, conselhos de saúde e movimentos sociais ligados à educação popular em saúde.

QUALIFICAÇÃO: é uma iniciativa do profissional em aperfeiçoar a sua habilidade para melhorar o seu currículo e possuir a formação necessária exigida pelo mercado para desempenhar uma determinada função. Assim, a qualificação proporciona a base, os conhecimentos, enquanto a capacitação estimula o seu crescimento contínuo e desenvolvimento de aspectos técnicos, emocionais, comportamentais.

RESULTADOS: Todas as experiências de aprendizagem baseadas em simulação se iniciam com o desenvolvimento dos objetivos claramente descritos e mensuráveis para que os participantes alcancem os resultados esperados. Resultados específicos mensuráveis que os participantes devem alcançar durante uma atividade simulada, podendo abranger os domínios cognitivo, afetivo e/ou psicomotor da aprendizagem.

REDES NEURAIS: é um tipo de técnica computacional baseada em um modelo matemático. É uma das aplicações da inteligência artificial inspirada no funcionamento do sistema nervoso do ser humano (analogia ao cérebro humano). Nas redes neurais, cada unidade é chamada de neurônio artificial e tem a capacidade de realizar um “pensamento”. Em outras palavras, os sistemas baseados em redes neurais conseguem processar e avaliar diferentes tipos de informações com alto nível de precisão. Basicamente, cada unidade da rede neural atua de maneira local, mas totalmente interligada. Isso significa que o resultado em uma unidade da rede afeta os resultados seguintes. Como consequência, há um processamento de dados lógico e acelerado, ainda que ele seja feito em grande quantidade.

SAÚDE DIGITAL: (SD) compreende o uso de recursos de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) para produzir e disponibilizar informações confiáveis sobre o estado de saúde para os cidadãos, profissionais de saúde e gestores públicos. O termo Saúde Digital é mais abrangente do que e-Saúde e incorpora os recentes avanços na tecnologia, como novos conceitos, aplicações de redes sociais, Internet das Coisas (IoT), Inteligência Artificial (IA), entre outros.

SIMULADOR: Simuladores são representações totais ou parciais (por exemplo, uma cabeça para treinamento de abordagem da via aérea) de um paciente ou de um processo para prática simulada de procedimentos, técnicas, habilidades e destreza. Os simuladores podem ter níveis variados de tecnologia, fidelidade e função fisiológica.

SIMULAÇÃO BASEADA EM COMPUTADOR (realidade virtual): simulação com o uso da tecnologia computadorizada que permite criar um ambiente virtual interativo. Os participantes podem completar tarefas específicas em diferentes ambientes virtuais, realizar decisões clínicas e observar os resultados na prática, obtendo *feedback* durante ou após a interação.

SIMULAÇÃO CLÍNICA: estratégia na qual um conjunto de condições é criado ou replicado para se assemelhar às situações da vida real por meio de cenários práticos, controlados e protegidos, com diferentes níveis de complexidade, fidelidade, autenticidade e competências. A simulação clínica tem como principal objetivo amplificar ou substituir experiências reais por experiências dirigidas, com o papel de evocar ou replicar aspectos substanciais do mundo real de maneira interativa.

SIMULAÇÃO HÍBRIDA: associação de duas ou mais modalidades de simulação (por exemplo, paciente padronizado e um simulador) para aumentar a fidelidade do cenário, possibilitando integrar o ambiente, as emoções e a comunicação com um paciente real.

SIMULAÇÃO IN SITU: simulação realizada no cenário/ambiente de atendimento ao paciente, ou seja, no local de trabalho dos profissionais com o objetivo de atingir alto nível de fidelidade.

SIMULADOR: representação corporal total ou parcial (por exemplo, uma cabeça para treinamento de abordagem da via aérea) de um paciente para prática simulada, também conhecida como manequim. Os simuladores podem ter níveis variados de tecnologia, fidelidade e função fisiológica.

STORYTELLING: ensinar através de histórias e estórias são possíveis através das oportunidades que o *storytelling* nos oferece. De maneira geral, é possível definir *storytelling* como um termo que está relacionado com uma narrativa e a capacidade de contar histórias relevantes, basicamente se refere a um contador de histórias. É preciso ter claramente a necessidade de uma estrutura como de qualquer história: começo, meio e fim. Usar dos recursos de entonação e comunicação, trazendo reflexões interligadas aos sentimentos e emoções, além, de imagens, objetos para ajudar na contextualização do cenário. Desse modo, podemos considerar o *storytelling* uma ferramenta educacional de forma ativa ligado ao cenário e objetivo de aprendizagem proposto que norteará a contação de história/estória.

TAXONOMIA DE BLOOM: Proposto em 1956 pelo psicólogo Benjamin Bloom e mais alguns colaboradores, foi aceito pela Associação Norte Americana de Psicologia e se tornou a referência mundial em base de definições no processo educacional para se estruturar os objetivos propostos. É definido em três categorias: **Cognitivo, Afetivo e Psicomotor**. Cada categoria possui dentro uma relação de verbos associado ao objetivo real que se espera que o aluno atinja com a ocorrência daquela capacitação educacional.

- **Cognitivo** - relacionado à aquisição de novos conhecimentos e/ou transformação de modelos mentais. Exemplo dos conhecimentos: lembrar, aplicar, compreender, sintetizar, avaliar e analisar;
- **Afetivo** - relacionado às abordagens posturais e sentimentais. Exemplo: receptividade, organização, valorização, caracterização e resposta;
- **Psicomotor** - relacionado a habilidade prática motora em si. Exemplo: articulação, imitação, manipulação, naturalização.

Podemos concluir que para se executar ações necessitamos da combinação dos três domínios, a depender das capacitações propostas teremos alguns objetivos educacionais mais evidentes. Com o avanço tecnológico e mudanças sociais e culturais, a Taxonomia de Bloom foi revista entre 1999 e em 2001, proporcionando novas adaptações de objetivos educacionais na hierarquia de ensino aprendizagem.

TELENFERMAGEM: Veja Também Saúde Digital - integra a telessaúde e é caracterizada pelo uso de recursos tecnológicos para a realização da prática de enfermagem a distância nas dimensões assistencial, educacional, de gestão ou de pesquisa". A Telenfermagem tem avançado continuamente no Brasil, principalmente depois da resolução do COFEN nº 634/2020, que autorizou a telenfermagem, tendo a mesma sido normatizada em 17 de maio de 2022 através da Resolução nº 696/2022, do COFEN que normatiza a atuação da Enfermagem em Saúde Digital no âmbito do SUS.

TELEDUCAÇÃO: Disponibilização de objetos de aprendizagem interativos sobre temas relacionados à saúde, ministrados a distância por meio de TICs (ver TICs), com foco na aprendizagem no trabalho, que por sua vez, ocorre transversalmente em seus campos de atuação.

TELESSAÚDE: Atenção à saúde realizada de forma remota, utilizando dos recursos das tecnologias digitais e de comunicação em saúde.

TELESSIMULAÇÃO: Processo pelo qual recursos de telecomunicação e simulação são utilizados para fornecer educação, treinamento e/ou avaliação para participantes em um local externo, ou seja, uma região distante que impediria esta capacitação sem o uso de recursos de telecomunicações.

TICS: Tecnologias da informação e comunicação em saúde. Engloba recursos audiovisuais, *learning*, entre outros, tecnológicos e educativos a fim de transmissão de informações.

TRANSDISCIPLINARIDADE: Se dirige ao término das separações entre as disciplinas. O prefixo 'trans' diz respeito àquilo que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de qualquer disciplina. As relações não se baseiam apenas na integração das diferentes disciplinas. Ela vai mais adiante, propondo o fim das fronteiras entre áreas do conhecimento, onde a interação é tão elevada, que não se consegue diferenciar o início e o fim de cada disciplina.

TREINAMENTO: Treinamento é o processo educacional, aplicado de maneira sistêmica, através do qual as pessoas aprendem conhecimentos, atitudes e habilidades em função de objetivos definidos". São os processos de educação profissional, desenvolvidos pela empresa, com objetivo de capacitar a mão-de-obra para suprir suas necessidades específicas.

TUTOR: Profissional de saúde com função de supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagem profissionais da área da Saúde, exercida em campo, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de atuação profissional, que exerça papel de orientador de referência para os profissionais ou estudantes, respectivamente, em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão, devendo pertencer à equipe local de assistência e estar diariamente presente nos ambientes em que se desenvolvem as aprendizagens em serviço. (Ver Facilitador).

CONCLUSÃO

Esperamos ter contribuído por meio desse material na divulgação das diversas interfaces de atuação dos educadores em saúde, seja em clínicas, universidades, escola técnica, hospitais, escolas de especializações e extensões.

Que possa ser um norteador e uma base consultiva de apoio no desenvolvimento de técnicas, metodologias, ferramentas e conteúdos para a promoção de práticas educacionais na saúde com qualidade, fundamentadas e focalizadas nas práticas de qualidade e segurança dos pacientes/clientes, desempenhando o melhor do exercício profissional de cada colaborador na qual o educador iluminará caminhos e instigará na criação de novas perspectivas.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos todos os entusiastas da enfermagem e da educação no Brasil, na qual lutam diariamente em propagarem conhecimento e instigar o aprendizado de qualidade baseado em evidências para a atuação de diversos profissionais na linha de frente mesmo em muitos cenários estando nos bastidores, proporcionando e contribuindo para o melhor funcionamento dos sistemas de saúde seja privado ou público.

E nossa gratidão à ABEn-SP por apoiar e corroborar na história da enfermagem no país, eternizando informações históricas e de grande cunho educacional.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Alves M, André CF, Méndez NDD. Microlearning na educação corporativa e em tempos de Geração C. Rev Intersaberes [Internet]. 2020[cited 2022 May 15];15(34). Available from: <https://www.revistasuninter.com/intersaberes/index.php/revista/article/view/1745>
2. Bacich L, Moran J. Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática [Internet]. Porto Alegre: Penso; 2018[cited 2022 May 15]. Available from: <https://curitiba.ifpr.edu.br/wp-content/uploads/2020/08/Metodologias-Ativas-para-uma-Educacao-Inovadora-Bacich-e-Moran.pdf>
3. Ceballos AGC. Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde [Internet]. Recife: UNA-SUS UFPE; 2016[cited 2022 May 15]. Available from: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod_conc_saude_2016.pdf
4. Ferraz APCM, Belhot RV. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. Gest Prod. 2010;17(2):421-31. <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2010000200015>
5. Góes FSN, Andrade LS. Plano de aula: apoio e fundamentos para prática docente [Internet]. Ribeirão Preto: Escola Enfermagem Ribeirão Preto-USP; 2015[cited 2022 May 15]. 90 p. Available from: <http://www.eerp.usp.br/ebooks/planodeaula/pdf/1Planodeaula.pdf>
6. Harpelund C. Onboarding: Getting New Hires off to a Flying Start [Internet]. England: Emerald Publishing; 2019[cited 2022 May 15]. Available from: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=BbuCDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=Onboarding&ots=FNn1RpERud&sig=5KUCANMUywbqcSHka164XcE09dk#v=onepage&q=Onboarding&f=false>
7. INACSL Standards Committee. INACSL standards of best practice: simulation design. Clin Simul Nurs. 2016;12(S):S5-S12. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005.NACLS>
8. Kaneko RM, Couto TB, Coelho MM, Taneno AK, Barduzzi NN, Barreto JKS, et al. Simulação in situ, uma metodologia de treinamento multidisciplinar para identificar oportunidades de melhoria na segurança do paciente em uma unidade de alto risco. Rev Bras Educ Med. 2015;39(2):286-93. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e00242014>
9. Kaneko RM, Lopes MHBM. Cenário em simulação realística em saúde: o que é relevante para a sua elaboração? Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03453. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018015703453>
10. Menezes ET. Verbete habilitação profissional. Dicionário Interativo da Educação Brasileira – EducaBrasil [Internet]. São Paulo: Midiamix Editora; 2001[cited 2022 May 15]. Available from: <https://www.educabrasil.com.br/habilitacao-profissional/>
11. Minnesota Dept of Health (US). Center for Public Health Practice. Objectives and goals: Writing meaningful goals and SMART objectives [Internet]. 2022[cited 2022 May 15]. Available from: <https://www.health.state.mn.us/communities/practice/resources/phqitoolbox/objectives.html#NaN>

12. Moscardini T, Zanela KA. Estratégias de educação corporativa e suas relações com os diferentes níveis de aprendizagem organizacional. *Rev Adm UFSM (Santa Maria)* [Internet]. 2015[cited 2022 May 15];8(1):89-102. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2734/273441378006.pdf>
13. Mota LM, Santos ALF, Wyszomirska RMAF. Avaliação dos conhecimentos cognitivos associados ao debriefing na simulação realística. *Res, Soc Develop* [Internet]. 2022[cited 2022 May 15];1(3):1-8. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26583/23357>
14. Motola I, Devine LA, Chung HS, Sullivan JE, Issenberg SB. Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. *Med Teach*. 2013;35(10):e1511-30. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.818632>
15. Neves FF, Pazin-Filho A. Construindo cenários de simulação: pérolas e armadilhas. *Sci Med* [Internet]. 2018[cited 2022 May 15];28(1):ID28579. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6268085>
16. Oliveira SN, Massaroli A, Martini JG, Rodrigues J. Da teoria à prática, operacionalizando a simulação clínica no ensino de Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Supl 4):1896-903. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0180>
17. Pedrotti G, Kemczinski A, Pereira K. Interdisciplinaridade e suas relações com a intradisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade. *Rev Caribeña Cienc Soc* [Internet]. 2019[cited 2022 May 15]. Available from: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/05/interdisciplinaridade-relacoes.html>
18. Schlemmer E, Moreira JA. Modalidade de pós-graduação Stricto sensu em discussão: dos modelos EaD aos ecossistemas de inovação num contexto híbrido e multimodal. *Educ Unisinos* [Internet]. 2019[cited 2022 May 15];3(4):689-708. Available from: <http://revistas.unisinos.br/index.php/educacao/article/view/edu.2019.234.06/60747436>
19. Souza LRC, Moraes FC. As metodologias ativas no ensino superior: o aluno como protagonista. *Rev Pós-Grad Multidisc (São Paulo)* [Internet]. 2019[cited 2022 May 15];1(6):73-84. Available from: <http://www.fics.edu.br/index.php/rpgm/article/view/847/788>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c02>

AS 9 COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DO ENFERMEIRO EDUCADOR: ASPECTOS DA ATIVIDADE EDUCATIVA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Magaly Nunes Jacob^I

ORCID: 0000-0002-0490-2621

Margarete Maria Rodrigues^{II}

ORCID: 0000-0001-5793-7900

Maria Claudia Teixeira de Macedo Silva^{III}

ORCID: 0000-0002-3359-3557

Regiane Baptista Martins Porfírio^{IV}

ORCID: 0000-0001-6703-9741

Mariana Cabrera Grell^V

ORCID: 0000-0002-4562-9449

Celi Regina Matias Tomás Pedroso^{VI}

ORCID: 0000-0001-8193-200X

Maria Sandra Pereira^{VII}

ORCID: 0000-0001-6552-2254

Maria Aurélia da Silveira Assoni^{VIII}

ORCID: 0000-0002-6460-9267

Como citar:

Jacob MN, Rodrigues MM, Silva MCTM, et al. As 9 competências essenciais do Enfermeiro Educador: aspectos da atividade educativa em Serviços de Saúde no Brasil. In: Melaragno ALP, Fonseca AS, Assoni MAS, Mandelbaum MHS, organizadoras. Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 19-30 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c02>

INTRODUÇÃO

O termo competência é amplamente utilizado nas organizações e na educação, abrangendo um conjunto de três fatores: Conhecimento, Habilidade e Atitude (CHA). Ao pensar neste termo para o contexto da educação, a Base Nacional Comum Curricular elenca os aspectos cognitivos, sociais, afetivos, psicomotores e culturais como alternativas que permitem ao sujeito aprendente desempenhar tarefas e situações educativas.

Desenvolver padrões baseados em competências para práticas de educação e treinamento é um fator determinante para um impacto positivo na capacidade da força de trabalho e melhorias na saúde pública e complementar.

A partir das demandas emergentes da sociedade e dos desafios enfrentados pelos enfermeiros educadores em instituições de saúde, a Associação Brasileira de Enfermagem acolheu esses profissionais por meio de um Núcleo que se tornou um espaço colaborativo para que enfermeiros educadores experientes e iniciantes que trabalham em instituições públicas e privadas de saúde pudessem desenvolver competências essenciais diante da especificidade do seu processo de trabalho.

Neste contexto surge um Grupo de Trabalho (GT) sobre competências do enfermeiro educador. O mesmo reuniu onze enfermeiras associadas à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) que exercem atividades na área da educação permanente e demonstraram interesse pelo tema sobre competências do enfermeiro educador. Deste GT sobre competências oito componentes participaram da elaboração do presente capítulo.

^ICentro de Referência da Saúde da Mulher.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II}Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III}Fundação Zerbini – INCOR.
Centro de Formação e Aperfeiçoamento em
Ciências da Saúde (CeFacs).
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{IV}UNIP – Universidade Paulista.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^VCentro Universitário São Camilo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{VI}UnB – Universidade de Brasília.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.

^{VII}Empresa Autônoma.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{VIII}Hospital de Câncer de Barretos. Barretos.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autor Correspondente:

Magaly Nunes Jacob

E-mail: magaly_jacob@live.com



A partir da leitura do documento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre as competências do enfermeiro educador ⁽¹⁾, iniciou-se o processo de construção de consenso baseado nas reflexões provenientes da realidade da educação permanente. Abordar as competências do enfermeiro educador torna-se desafiador devido à ausência de referenciais nacionais quanto às especificidades desse profissional. Nesta busca inicial por algo que aproximasse o documento da realidade dos enfermeiros do grupo de trabalho, percebeu-se que dentre as 8 competências do enfermeiro educador identificadas pela OMS não havia uma correspondência objetiva com a Política de Educação Permanente ⁽²⁾. Sendo assim, optou-se por acrescentar a competência denominada engajamento no fortalecimento do SUS ao conteúdo da discussão.

No campo específico da promoção da saúde, o conjunto mínimo de competências essenciais *core competencies* dos profissionais envolvidos na promoção da saúde constitui um padrão para desenvolvimento profissional ⁽³⁾. Portanto, importa identificar competências essenciais para a atuação do enfermeiro em educação, treinamento e desenvolvimento profissional dos trabalhadores convergentes e aplicáveis ao contexto de planejamento, coordenação e execução e avaliação das ações educativas em instituições de saúde.

Os enfermeiros educadores do grupo de trabalho ao discutirem as competências refletiram sobre os seguintes temas: (I) Teorias e Princípios do Aprendizado de Adultos; (II) Currículo e Implementação; (III) Prática de Enfermagem; (IV) Pesquisa e Evidência; (V) Comunicação, Colaboração e Parceria; (VI) Ética, Princípios e Profissionalismo; (VII) Monitoramento e Avaliação; (VIII) Gestão, Liderança e Advocacy; (IX) Engajamento no fortalecimento do SUS.

Embora o grupo de trabalho responsável por este capítulo seja composto por profissionais com experiência em enfermagem de educação permanente ou corporativa, espera-se que essa reflexão contribua para a atividade de todos os profissionais envolvidos na educação, ensino e capacitação em saúde. Isso inclui membros de todos os níveis de atenção, (primária, secundária, terciária e quaternária) que são responsáveis pelo aperfeiçoamento da equipe, como também, colaboradores de serviços de controle de infecção hospitalar, qualidade, governança, recursos humanos que apoiam, planejam e capacitam equipes de saúde, bem como líderes, gerentes, coordenadores e supervisores em saúde. Este conteúdo pode beneficiar esses profissionais diretamente e indiretamente, alinhando ações com melhorias administrativas, operacionais e assistenciais.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EDUCADOR

Nas organizações, o termo Competência é conhecido como um conjunto de três fatores: Conhecimento, Habilidade e Atitude. Ao pensar neste termo para o contexto da educação, a Base Nacional Comum Curricular define competência como a mobilização de conhecimentos (conceitos e procedimentos), habilidades (práticas, cognitivas e socioemocionais), atitudes e valores para resolver demandas complexas da vida cotidiana, do pleno exercício da cidadania e do mundo do trabalho.

Partindo do pressuposto de que o enfermeiro educador em instituições de saúde busca o desenvolvimento das pessoas por meio da aprendizagem, precisamos pontuar que as condições de trabalho podem favorecer ou não a mobilização de competências requeridas.

O mesmo profissional pode trabalhar em duas instituições e alcançar resultados diferentes em cada uma delas. Isto se dá, pois, além de adotar políticas de gestão de pessoas centradas em competências deve-se atentar para prover condições que favoreçam o potencial dos profissionais. O alcance dos objetivos organizacionais é favorecido por meio de condições de trabalho (estabilidade no contrato, condições físicas e materiais de segurança ocupacional, processos bem definidos do que é esperado do profissional, ambiente sociogerencial e clima organizacional adequados) que mobilizem as competências necessárias diante das exigências que lhes são impostas e dos processos de aprendizagem propostos.

A busca por um processo exaustivo de execução de um trabalho dentro do que foi aprendido e desenvolvido sem que essas condições de trabalho estejam adequadas é tão nociva quanto uma subutilização dos conhecimentos e habilidades do profissional. Também pode interferir no alcance dos resultados esperados e no desgaste do trabalhador.

O presente capítulo trata das competências do enfermeiro que desenvolve ações educativas em instituições de saúde a partir de uma leitura atenta do documento elaborado pela Organização Mundial de Saúde sobre as competências do enfermeiro educador⁽¹⁾. A figura 1 abaixo consta no documento citado e apresenta de forma sintética os temas abordados.



Figura 1 – A competência do enfermeiro educador ⁽¹⁾. São Paulo, SP, 2021

Após a leitura, os enfermeiros educadores elencaram os principais conhecimentos, habilidades e atitudes vivenciadas a partir da sua experiência em educação, nas instituições de saúde. Em que pese à vasta experiência dos enfermeiros participantes, não se pretende esgotar o assunto. Ao contrário, espera-se que esse material provoque a reflexão de outros enfermeiros educadores que poderiam contribuir com suas percepções das competências fundamentais ao profissional que planeja, executa, acompanha e avalia as ações educativas em instituições de saúde bem como auxiliar enfermeiros educadores inexperientes em sua trajetória.

CONHECIMENTOS

O conjunto de saberes teóricos distintos ao enfermeiro educador é o resultado de experiências pessoais e profissionais, formação acadêmica nas áreas da Saúde, Educação e Administração.

É preciso compreender as formas de utilizar essas informações e aplicá-las adequadamente, construindo uma aprendizagem eficaz e com resultados. Em primeiro lugar, precisamos compreender que os adultos aprendem de forma diferente da criança ⁽⁴⁾. Existem conceitos-chave, que estão associados às aprendizagens dos adultos. Portanto, o enfermeiro educador necessita conhecer as teorias de aprendizagem de adultos de modo que esse profissional possa experimentar abordagens educacionais que reflitam teoria e prática.

Assim também, que consigam analisar os domínios de aprendizagem (cognitivo, afetivo e psicomotor) e a sua aplicabilidade em diferentes contextos do ensino. Demonstrando compreensão dos fundamentos conceituais e teóricos, relacionados a saúde educação e a aprendizagem de adultos ⁽⁴⁾.

Como a etimologia da pedagogia refere-se à criança, destaca-se a andragogia como a arte e a ciência que, segundo Vicenti e Scoarize ⁽⁵⁾, visa abrir novas perspectivas de vida profissional, cultural, social, política e familiar ao adulto, atualizando-o quanto aos conhecimentos para uma interpretação de si mesmo e do seu papel no

planeta, e para que siga aprendendo, investigando, reformulando conceitos. Consequente, Faria Junior ⁽⁶⁾ destaca que a apropriação das estratégias e das técnicas derivadas da pedagogia é inadequada aos adultos, assim como a andragogia o é aos idosos. A geragogia, identificada como o estudo de princípios e práticas de ensino e aprendizagem voltadas aos idosos, apresenta um emergente campo de estudo.

O compartilhamento do conhecimento característico do trabalho do enfermeiro de educação permanente e dos métodos utilizados em sua atividade profissional favorece o desenvolvimento profissional peculiar ao enfermeiro educador por meio da sua prática docente específica ⁽⁷⁾. Diferentemente de uma prática que permeia a existência humana ou do aprendizado orgânico por meio da sociabilização independentemente das escolhas profissionais, destaca-se aqui o profissional do ensino. Ou seja, trata-se do aprendizado dos demais profissionais de uma instituição de saúde em um contexto de intencionalidade do enfermeiro educador por meio de ações características do trabalho docente como atividade profissional exercida no âmbito institucional, desde o planejamento educacional por meio do Diagnóstico de Necessidades de Treinamento (DNT) até a avaliação dos resultados de aprendizagem.

Para compreender a base do conhecimento que transforma alguém em um profissional docente, pesquisas oriundas da base de dados da educação, avultaram-se no sentido de investigação e sistematização desses saberes. A partir da premissa existente de um conhecimento-base do ensino e de que é possível o aprimoramento da formação de professores na direção de uma concepção da atividade docente para além de um mero fazer vocacionado, as pesquisas sobre os saberes docentes utilizam categorias a partir da fala e das reflexões do docente ⁽⁸⁾.

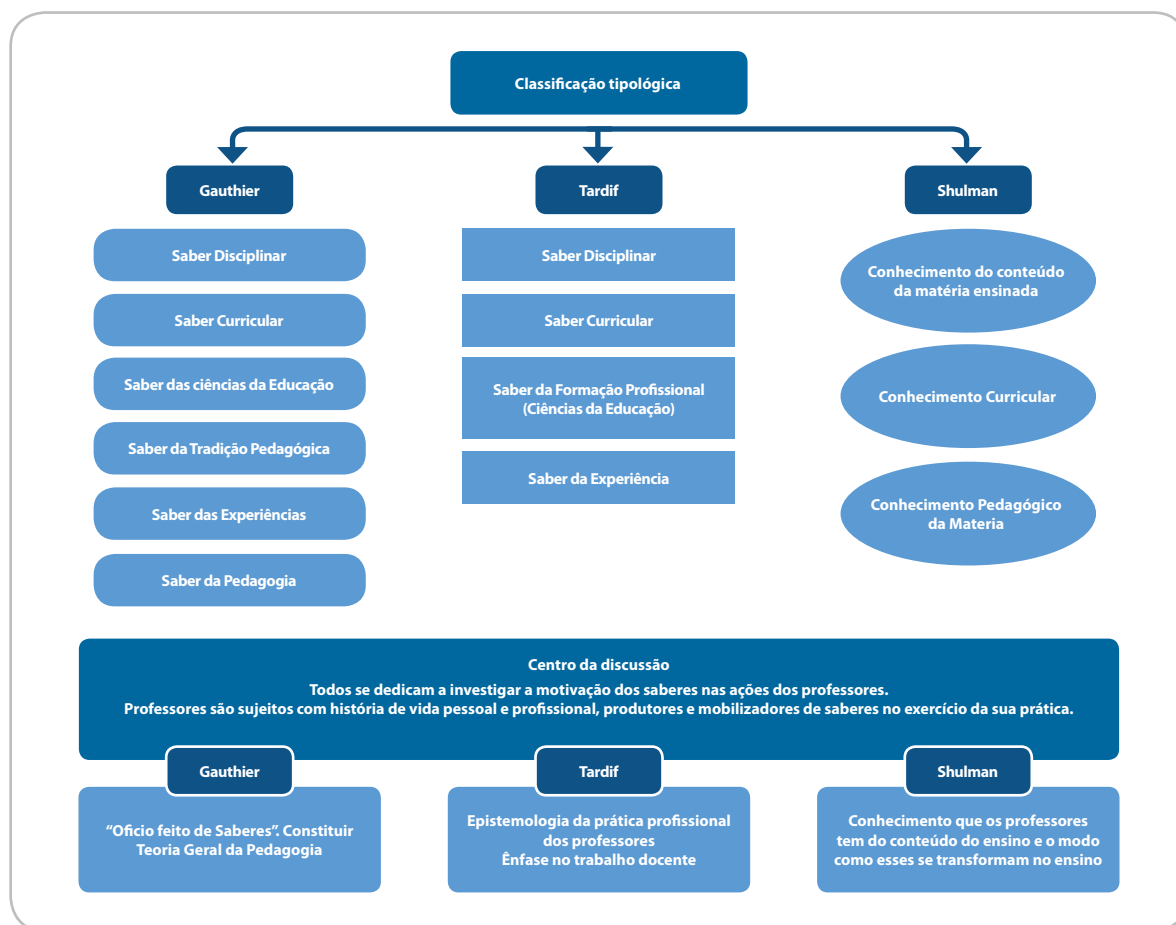


Figura 2 – Classificações tipológicas e particularidades das pesquisas de Gauthier, Tardif e Shulman. São Paulo, SP, 2017⁽⁸⁾

Almeida e Biajone ⁽⁸⁾ ao discorrerem sobre as particularidades das pesquisas de Gauthier, Tardif e Shulman identificam conhecimentos profissionais para fazer referência aos saberes que estão na base da profissão. Gauthier trata da existência de um reservatório ao qual o docente recorre para responder a exigências específicas de sua situação concreta de ensino. Diante desse repertório de conhecimentos relacionados ao ensino, destacam o pensamento de que pouco se sabe quanto aos fenômenos inerentes à ação docente. Em que pese o ensinar se tratar de uma atividade executada desde a antiguidade, ainda tende a se manter oculta conceitualmente devido ao ideário comum de que ensinar se limita à transmissão de conhecimento ou ao talento, ao bom senso ou intuição, à experiência ou cultura. Gauthier destaca também que os estudos que desconsideram o fazer dos professores ressaltam os fatores externos enquanto desviam o foco do docente e de sua profissionalização. Assim, a partir de sua obra identifica-se que o distanciamento entre o saber produzido nos centros acadêmicos sem correspondência com a realidade resulta em um saber impraticável devido às múltiplas variáveis presentes no cotidiano profissional.

Tardif destaca o fazer dos professores, relacionado à diversidade de saberes, e todos eles são fundamentais ao processo de aquisição da profissionalização. Entretanto, os saberes experienciais são destacados em relação aos demais saberes, já que envolvem a prática, as habilidades e a capacidade de interpretação para a escolha de estratégias. Entre as estratégias, inclui-se a improvisação, que, utilizada pelo educador de maneira segura, alcança êxito em situações concretas. À medida em que é compartilhada, e, mesmo que os episódios dificilmente se repitam, a proximidade da vivência favorece o professor quanto a adequação de sua ação tendo como base as boas práticas compartilhadas por seus pares. Assim sendo, não há sentido no estudo sobre professores sem o estudo do trabalho e dos saberes deles ⁽⁸⁾.

Segundo Almeida e Biajone ⁽⁸⁾ a partir do conjunto desses estudos centrados na base do conhecimento necessário ao ensino e suas fontes contextualizados às complexidades do processo pedagógico, a categoria teórica Conhecimento Pedagógico do Conteúdo, da sigla em inglês PCK (Pedagogical Content Knowledge), tem interessado o campo da didática e da formação docente.

O PCK foi abordado pela primeira vez por Shulman em uma conferência realizada na Universidade do Texas, em 1983 ⁽⁹⁾. Esse conhecimento se refere à capacidade do professor para transformar um conteúdo específico em um conteúdo a ser ensinado.

O conhecimento pedagógico do conteúdo é de especial interesse, porque identifica os distintos corpos de conhecimento necessários para ensinar. Ele representa a combinação de conteúdo e pedagogia no entendimento de como tópicos específicos, problemas ou questões são organizados, representados e adaptados para os diversos interesses e aptidões dos alunos, e apresentados no processo educacional em sala de aula ⁽¹⁰⁾.

Ainda sobre Shulman, Almeida e Biajone ⁽⁸⁾ destacam as categorias sobre os conhecimentos necessários para a profissionalização docente: (i) o conhecimento do conteúdo; (ii) o conhecimento pedagógico geral relacionado aos princípios e às estratégias de gestão e organização de sala de aula; (iii) o conhecimento do currículo; o conhecimento pedagógico do conteúdo que se relaciona ao domínio do conteúdo assim como da pedagogia; (iv) o conhecimento dos alunos e de suas características; (v) o conhecimento de contextos educacionais, do funcionamento do grupo ou da sala de aula, das comunidades, da cultura e do financiamento; e (vi) o conhecimento dos fins, propósitos e valores da educação e de sua base histórica e filosófica.

O PCK segundo o consenso dos pesquisadores presentes a essa Conferência, descrito por Gess-Newsome e Carlson ⁽¹¹⁾, foi definido como um atributo pessoal do professor e considera dois aspectos: o conhecimento básico de um tópico e o seu ensino em ação. É resultante de raciocínio, planejamento e forma de ensinar um tema particular, de uma maneira particular, por razões também particulares, e com o objetivo de atingir a melhor aprendizagem.

No intuito de decodificar esses conceitos da base de dados relacionados aos saberes dos professores para a realidade do enfermeiro de educação permanente em instituições de saúde, Jacob destaca:

Podemos exemplificar como: (i) o conhecimento do conteúdo, o domínio da bibliografia da ciência do cuidado, da assistência e do gerenciamento de instituições de saúde. O enfermeiro educador deve ter o conhecimento científico daquilo que leciona, bem como selecionar o que será transmitido para os profissionais da enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e demais membros da equipe multiprofissional que fazem parte dos processos educativos nos quais o enfermeiro educador atuou no planejamento, na execução e na avaliação dentro desse universo de conhecimento científico; (ii) o conhecimento dos materiais propostos para uso em auditórios, a sala de simulação e demais ambientes de ensino, a trilha de aprendizagem, a sequência didática, os materiais didáticos e as avaliações específicas, bem como entender sobre o processo de seleção deles; (iv) o conhecimento da literatura filosófica, crítica e empírica referente aos objetivos, visões e sonhos dos enfermeiros educadores como agentes do ensino; e (v) a sabedoria adquirida, que norteia a conduta de enfermeiros educadores competentes, as boas práticas registradas, os estudos e as pesquisas poderiam ser utilizados como fonte de conhecimento para o ensino ⁽⁷⁾.

Dentre os conhecimentos elencados pelo grupo de trabalho para o enfermeiro educador temos:

1. Teorias da Heutagogia, Andragogia, Pedagogia, Geragogia, Teoria da Taxonomia de Bloom
2. Educação Baseada em Competências
3. Teoria das necessidades educacionais (DNT)
4. Teoria educacional e ensino baseado em evidências, práticas baseadas em evidências
5. Objetivos, resultados esperados, justificativas e avaliação de aprendizagem
6. Prioridades nacionais de saúde
7. Interações entre educador e educando
8. Legislações, Pesquisa em seres humanos, Resolução da área de ensino CNE/CES 3/2001, código de conduta ético regional e internacional
9. Teoria da gestão e liderança, Processos de gestão, instrumentos de gestão (PDCA, BSC, Lean, Ishikawa, 5w3h)
10. Código gramatical
11. Conhecimento pedagógico de conteúdo (CPK)
12. Referências da educação sobre currículo
13. Método de ensino e aprendizagem e trilha de aprendizagem
14. Princípios do SUS, o Quadrilátero da formação

O enfermeiro de educação permanente pode transformar a compreensão de um conteúdo, habilidades didáticas ou valores em ações e representações andragógicas. Essas ações e representações se traduzem em jeitos de falar, mostrar, interpretar ou representar ideias, de maneira que os profissionais que não sabem venham, a saber, os que não entendem venham a compreender e discernir, e os não qualificados tornem-se qualificados. Portanto, a educação no âmbito do contexto de trabalho do enfermeiro de educação permanente inicia na intersecção do conhecimento do conteúdo com o conhecimento heurístico, andragógico, pedagógico e geragógico para a construção do conhecimento no contexto institucional.

HABILIDADES

A habilidade do enfermeiro educador pode ser definida como a capacidade de colocar em prática o conhecimento adquirido, o seu fazer no intuito de traduzir políticas, teorias e pesquisas em ações eficazes de promoção de saúde por meio do ensino.

Jacob ⁽⁷⁾ explicita que, apesar da crença de que todos os profissionais auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros ingressem nas instituições com as qualificações necessárias às atividades do trabalho a partir de sua formação inicial, essa expectativa não se concretiza na realidade. Sendo a educação formal deficiente e desigual, as lacunas formativas quanto ao conhecimento, ao acesso à informação e à inclusão digital, além de habilidades relacionadas ao trabalho, demandam das Instituições de Saúde oportunidades para que os

trabalhadores possam desempenhar sua função por meio do ensino em serviço, quer sejam profissionais provenientes do ensino técnico, quer sejam do ensino superior.

Segundo Meister:

As empresas mais bem-sucedidas, ao invés de esperar que as escolas tornem seus currículos mais relevantes para a realidade empresarial, resolveram percorrer o caminho inverso e trouxeram a escola para dentro da empresa. Abandonaram o paradigma de que a educação seria um capítulo da responsabilidade social da empresa e passaram de forma muito pragmática a entender que o diferencial decisivo de competitividade reside no nível de capacitação em todos os níveis de seus funcionários, fornecedores principais, clientes e até mesmo membros da comunidade onde atuam ⁽¹¹⁾.

Antes da educação corporativa, pouca ou nenhuma habilidade didática era considerada componente da produção nos denominados centros de treinamento para os profissionais das instituições de saúde ⁽¹²⁾. Sarreta ⁽¹³⁾ ressalta que anteriormente à existência de uma política pública voltada a essa finalidade, o conjunto de atividades para aprendizagem era composta apenas por cursos esporádicos de aperfeiçoamento e treinamento profissional que não resultavam na execução dos novos paradigmas apontados desde os primeiros esforços de implementação do SUS.

O apelo do fordismo no ensino, na tentativa de homogeneizar a intelectualização por meio de centros de treinamento nas instituições, não exigia do enfermeiro que capacitava os profissionais, habilidade com tecnologia da informação, problematização ou habilidade em descrever um Plano de Capacitação com variedades de método de ensino.

Enquanto isso, a partir do engajamento efetivo do trabalhador, proposto pela educação corporativa, melhores resultados foram identificados para o desenvolvimento social nas instituições que destacavam a educação corporativa como um de seus pilares. Bastable ⁽¹⁴⁾ cita que questões jurídicas, processos de avaliação para acreditação e protocolos da prática profissional de enfermagem tornaram o papel de educador parte integrante do cuidado de alta qualidade. Portanto, novas habilidades começaram a ser requeridas no sentido de realizar uma abordagem educacional que reflita na teoria e prática, como: escutar ativamente, realizar *feedback* e utilização de ferramentas avaliativas de absorção, retenção, resultados de aprendizagem.

Esse novo conceito de gestão de pessoas por meio da educação avança com o advento da universidade corporativa superando os antigos centros de treinamento. Não havia uma abordagem abrangente nos centros de treinamento. Não havia programas de educação permanente com visão de futuro e orientação proativa dos objetivos organizacionais. A universidade corporativa, portanto, torna a instituição distinta e competitiva pela transformação dos indivíduos, perpetuidade dos valores organizacionais transmitidos no processo de aprendizagem, pelo fortalecimento da rede de relacionamentos, da disponibilidade de atividades e recursos educacionais e pela responsabilidade ética, individual e corporativa ⁽⁷⁾.

Desenvolver habilidades para acessar banco de dados para desenvolver ações educativas baseadas em evidência, habilidades para atuar de modo criativo e inovador em cada ação educativa, habilidades gerenciais no processo de gestão de pessoas quer seja no desenvolvimento dos profissionais quer seja na contratação deles tornou-se parte da prática cotidiana do enfermeiro de educação nas instituições de saúde.

Aliando a educação inicial e continuada em instituições de saúde à necessidade de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), surge a Política de Educação Permanente como uma estratégia político-pedagógica que parte do pressuposto da aprendizagem significativa pela qual os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho em saúde levam à reflexão e à autoanálise.

A partir de um amplo processo de debate, aliando a necessidade de oportunidades para que os trabalhadores possam desempenhar sua função e transformar sua realidade por meio do ensino em serviço ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), foi traçada uma trilha em direção à Educação Permanente como a construção de saberes provenientes da realidade do trabalho, conforme demonstrado na Figura 2:



Figura 3 – Marcos do contexto histórico geral da educação permanente. São Paulo, SP, 2021 ⁽⁷⁾.

Desde então os cursos de formação dos profissionais formadores buscavam desenvolver habilidades que instrumentalizassem o educador para que a transformação por meio da educação permanente ocorresse nas instituições de forma local. A atividade profissional dos enfermeiros de educação permanente exigiu, a partir de então, habilidades para desenvolver ações de aprendizagem indissociáveis dos contextos e das histórias de vida na formação dos profissionais. Também requeria habilidade em metodologias problematizadoras e criatividade no intuito de integrar os diversos atores da educação permanente (educação em serviço, formação técnica de graduação e de pós-graduação, organização do trabalho, redes de gestão e de serviços de saúde e controle social). O resultado esperado a partir da união de todas essas habilidades é, portanto, o fortalecimento do SUS, quer seja nas unidades de administração pública quer seja nas unidades de complementariedade do sistema.

A formação inicial e continuada de enfermeiros de educação permanente em serviços de saúde tem se mostrado um tema relevante, que perpassa a necessidade de aprofundamento, discussão, reflexão e frequente ênfase nas reuniões de enfermeiros educadores da Comissão Assessora de Educação Permanente em Saúde- CAEPES- da Associação Brasileira de Enfermagem- ABEn-SP.

Com o advento da explosão de tecnologia vinculada ao processo assistencial do cuidado, o processo educativo nas instituições de saúde se consolidou cada vez mais tecnológico. A habilidade na utilização de simulações de situações clínicas e as diferentes possibilidades de canais para realização dos cursos dentro das instituições de saúde têm proporcionado apoio e melhoria para a atuação profissional da ciência do cuidado ⁽⁷⁾.

Um risco inerente a atividade profissional e uma atitude inviável ao enfermeiro de educação permanente trata da passividade diante do desconhecimento das bases da ciência do cuidado e das correntes teórico-pedagógicas. De modo algum a utilização de modelos e propostas inovadoras deve preceder a atuação a partir da compreensão das teorias de enfermagem, das bases para o fortalecimento do SUS e das correntes teórico-pedagógicas da educação.

Existe o risco de que as bases educacionais e do processo de enfermagem sejam desconsideradas. Em contrapartida, as correntes teórico-pedagógicas e as bases do processo de enfermagem podem, quando presentes na formação do enfermeiro educador, instrumentalizar esse profissional e contribuir na construção de caminhos que respondam aos desafios educacionais e, inclusive tecnológicos da enfermagem.

Segundo Conterno e Lopes ⁽¹⁵⁾, as origens teórico-metodológicas do referencial pedagógico das atuais propostas ditas inovadoras para a formação superior na área da saúde apresentam as reverberações dos

ideais das pedagogias não diretivas que se harmonizam com o movimento do 'escolanovismo', no início do século passado.

Portanto, o que se apresenta, atualmente, como 'inovações pedagógicas', ao ser situado historicamente, perde sua inventividade e originalidade, sem que tenha havido o devido reconhecimento de suas fontes. Os princípios pedagógicos denominados 'aprendizagens significativa', 'professor facilitador', 'aprender a aprender' e as 'metodologias ativas', ao serem confrontados com seus fundamentos e com aqueles que os lançaram, revelam que a aceitação acrítica do que se reveste de 'novidade velha' pode, igualmente, pretender ocultar as críticas que essas mesmas proposições enfrentaram no passado em vários países, inclusive no Brasil ⁽¹⁵⁾.

Contumazes, as ações educativas na formação contínua na saúde são complexas e estão em constante atualização, exigindo do enfermeiro de educação permanente habilidades do campo da educação que vão além de sua formação inicial, uma vez que a ela (a educação) não possui meios de antecipar todos os desafios futuros e todas as necessidades formativas que se apresentarão durante a trajetória profissional do enfermeiro educador em instituições de serviços de saúde ⁽⁷⁾.

Isso posto, a formação continuada do enfermeiro educador pode responder às necessidades formativas diante das inovações relacionadas à geração, aplicação e conexão de conhecimentos de forma dinâmica, eficaz, flexível e acessível ao aprendiz, considerando o sujeito em sua condição multidimensional e o seu desenvolvimento de maneira integral.

Segundo as diretrizes curriculares nacionais, a formação inicial do enfermeiro com o objetivo de desenvolver competências que o habilitem na trajetória profissional deveria garantir a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de suas especificidades como educador capaz de planejar e implementar programas de formação contínua nas instituições de saúde.

A legislação educacional, conforme prevista no art. 39 da Lei 9.394 e no Decreto 5.154, de 23 de julho de 2004 considera a educação profissional em saúde composta pela formação inicial ou continuada, a formação técnica média e a formação tecnológica superior. Sendo que a mesma pode ser realizada em serviços de saúde (formação inicial ou continuada) e instituições de ensino (formação inicial ou continuada, formação técnica e tecnológica).

Cabe ao enfermeiro de educação permanente desenvolver habilidades do campo da didática que atendam às necessidades educativas coletivas de acordo com o Decreto n.º 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Em seu art. 8.º, ao enfermeiro incumbe e é privativa a participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada. Sendo assim, é inerente e privativa à profissão do enfermeiro a atuação no processo formativo de profissionais para a empregabilidade e a responsabilização individual e coletiva dos profissionais no ambiente de aprendizagem para uma aquisição contínua de conhecimentos, aptidões e habilidades.

Alguns dos fazeres elencados pelo grupo de trabalho para o enfermeiro educador:

1. Utilizar tecnologia da informação
2. Realizar uma abordagem educacional que reflita na teoria e prática
3. Aplicar resultados de pesquisa na prática (contextualizar)
4. Executar ações educativas que estimulem a criatividade e inovação
5. Descrever um Plano de Capacitação com variedades de método de ensino
6. Realizar Feedback, feedup e feedforward.
7. Escuta ativamente
8. Simular/Problematizar de modo aplicável a prática
9. Criar, desenvolver e analisar instrumentos avaliativos (absorção, retenção, resultado)

ATITUDES

Atuar com base em valores é o saber ser. Por meio de valores percebidos na execução de iniciativas profícuas ao ambiente organizacional é que os enfermeiros educadores demonstram esse aspecto da competência profissional.

As orientações éticas apresentadas pelo arcabouço do Conselho Federal de Enfermagem, Ética em Pesquisa, Bioética e demais legislações não são negociáveis ao enfermeiro educador. O cuidado educacional como um instrumento próprio da ciência da enfermagem compreende a dimensão ética do processo de trabalho. Quer seja na utilização de tecnologias cuidadoso-educativas, quer seja na pesquisa, quer seja na assistência espera-se que o enfermeiro atue eticamente.

Os enfermeiros educadores não estão sozinhos na construção de estratégias para desenvolvimento dos profissionais em instituições de saúde. Ciente de que a interação com os demais atores envolvidos influenciará positivamente a construção e organização dos sistemas de saúde e educação, outras atitudes podem ser destacadas como imprescindíveis ao relacionamento interprofissional. Entre elas, as tentativas de compreender sentimentos e emoções e procurar experimentar de forma objetiva e racional o que sente o outro indivíduo; as tentativas de demonstrar coerência entre o que se fala e o que se faz; as demonstrações, por meio de ações saudáveis físicas e mentais, da apreciação de si mesmo e do ambiente; a adesão imediata aos mecanismos institucionais contra a corrupção; as tentativas de ampliar a capacidade de autocontrole, concentração e flexibilidade frente às situações adversas; as tentativas de encontrar e apresentar algo novo para melhorar a vida cotidiana.

Por analogia, poderemos pensar a educação em instituições de saúde, como um jogo de percurso em que a todos os profissionais foi atribuído o direito de o fazerem. Por vezes, o percurso transcorre de modo fácil, outros momentos haverá o enfrentamento de muitas contingências para a realização do percurso. Além disso, as tomadas de decisão, as estratégias, as táticas, as regras, entre outros, sofrerão variação. Importa o senso do enfermeiro educador de que o direito de todos os profissionais percorrerem os ciclos que compõem esse percurso é uma conquista importante. Com isso, pretende-se que o ambiente de aprendizagem seja acessível para todos e que nele os profissionais possam formar valores, normas e atitudes favoráveis a sua cidadania e dominarem competências e habilidades para o mundo do trabalho e da vida social.

Nem sempre o ambiente de aprendizagem para profissionais da saúde contemplou o método da problematização. Tínhamos antes, como ainda existe em alguns locais, o ideário de que a excelência vem da repetição contínua de tarefas cuja execução não acontecia a partir do porquê de realizar cada uma delas. Importava repetir e não entender a importância da ação, os fundamentos da ação, muito menos estimular a reflexão sobre novas formas baseadas em evidência científica de executar essas tarefas. As demandas eram decididas pelas chefias e aos trabalhadores não era permitido opinar ou até mesmo problematizar as situações vivenciadas que impediam a pessoa de conseguir realizar as tarefas assim como ela aprendia. Cabe ao enfermeiro educador estimular e desenvolver estratégias que propiciem um ambiente de aprendizado ético, seguro e reflexivo.

Outro aspecto vivenciado pelo enfermeiro educador se refere às limitações ou dificuldades enfrentadas pelos profissionais da instituição de saúde em alguma fase do processo de aprendizagem. O enfermeiro educador deve apresentar o interesse de investigação das estratégias que possam complementar o ensino em serviço, facilitar o percurso do desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde, assim como, rever as condições que dificultam o aproveitamento no processo de desenvolvimento das competências por meio do ensino ⁽¹⁶⁾.

Sendo assim, o enfermeiro da educação permanente em saúde é um agente disseminador de boas práticas, estimulador de atitudes compatíveis com os serviços de saúde em que esteja atuando, quer seja no setor público quer seja no setor privado. O enfermeiro de educação permanente é o profissional que, por meio do maior número de ações, demonstra acreditar na profissão e na capacidade de aprendizado e de transformação dos indivíduos.

Alguns fazeres elencados pelo grupo de trabalho para o enfermeiro educador:

1. Entusiasmar-se pelo processo de ensino;
2. Reconhecer o inter-relacionamento educador - aluno/profissional/equipe;
3. Demonstrar interesse no desenvolvimento profissional individual e coletivo, entre enfermeiros educadores iniciantes e experientes por meio da integração assistência, ensino e pesquisa;
4. Estimular o questionamento e a reflexão frente aos problemas da prática ;
5. Incorporar a reflexão crítica como método de ensino;
6. Adaptar e flexibilizar;
7. Incentivar o diálogo e autonomia;
8. Contribuir com a formação de profissionais para fortalecimento do SUS;
9. Cooperar com a aquisição de habilidades dos usuários para o autocuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro é, antes de tudo, um profissional do cuidado e um educador, pois além de ter fundamental importância em educação de comunidades, famílias e indivíduos na promoção de saúde, atua na formação dos futuros enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e exerce a educação permanente destes profissionais da saúde nas instituições em que desenvolvem suas atividades laborais.

O enfermeiro que desenvolve ações educativas em instituições de saúde deve, durante a sua atuação, desenvolver a tríade CHA. A competência está ligada às *hard skills*, que correspondem às competências técnicas adquiridas ao longo da sua formação com a conquista do diploma da graduação e de pós-graduação e, até mesmo de certificados/certificações em cursos que tenha realizado, mas também se referem às *soft skills*, que correspondem às competências não técnicas e que versam muito mais a respeito dos comportamentos, das capacidades de solucionar problemas no dia a dia e de habilidades de comunicação.

Buscar bases filosóficas e científicas das áreas de saúde, educação e administração assim como uma prática colaborativa entre enfermeiros educadores e a realização de pesquisas científicas sobre as competências desse profissional podem evidenciar cada vez mais a importância do enfermeiro educador em instituições de saúde.

Um olhar institucional apurado para a educação permanente, para o protagonismo dos profissionais que fazem parte do público-alvo das ações educativas assim como o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes dos enfermeiros educadores propicia um contexto aplicável para o desenvolvimento de pessoas por meio do engajamento os profissionais da saúde e, sobretudo os da enfermagem na busca de um cuidado seguro, de excelência e qualificado aos usuários dos serviços de saúde.

Mais pesquisas são necessárias sobre as competências do enfermeiro que acredita na potencialidade de mudança dos indivíduos por meio da educação para a solução dos complexos problemas de saúde que todos os enfermeiros convivem diariamente em sua prática profissional.

Desejamos que esse material provoque a reflexão em seus leitores da importância de pensar um percurso de desenvolvimento profissional também para os enfermeiros educadores, que consolide meios para que nas diversas instituições de saúde possam realizar uma construção coletiva de estratégias de ensino aplicáveis e publiquem práticas exitosas nas diversas fases do processo de planejamento, execução, acompanhamento, avaliação e apresentação de resultados das ações educativas e, com isso, impactar positivamente na atuação e geração de qualidade, segurança do colaborador e paciente, melhoria de processo e de trabalho.

Acredita-se que tais ações contribuirão para o fortalecimento do papel do enfermeiro educador, na promoção da saúde e na formação de profissionais mais qualificados e comprometidos com a excelência da educação, ensino e cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Nurse Educator Core Competencies [Internet]. Geneva: WHO; 2016[cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/nurse-educator-core-competencies>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007[cited 2022 Oct 15]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
3. Barry MM, Battel-Kirk B, Dempsey C. The CompHP core competencies Framework for health promotion in Europe. Health Educ Behav. 2012;39(6):648-62. <https://doi.org/10.1177/1090198112465620>
4. Knowles, MS, Holton EF, Swanson RA. Aprendizagem de resultados: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
5. Vincente JP, Scaoize R. Andragogia: novas possibilidades no ensino da administração. Foz do Iguaçu: Enangrad – Encontro Nacional dos Cursos de Graduação em Administração, 2003.
6. Faria Junior A. Ensino e educação para o idoso[Tese]. Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.
7. Jacob MN. O trabalho do enfermeiro educador em instituições públicas de saúde[Dissertação]. Centro Universitário Adventista São Paulo. Engenheiro Coelho, 2021. 143 p.
8. Almeida P, Biajone J. Saberes docentes e formação inicial de professores: implicações e desafios para as propostas de formação. Educ Pesqui. 2007;33(2):281-95. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022007000200007>
9. Almeida P, Davis CLF, Calil AMGC, Vilalva AM. Categorias teóricas de Shulman: revisão integrativa no campo da formação docente. Cad Pesqui. 2019;49:130-150. <https://doi.org/10.1590/198053146654>
10. Shulman L. Conhecimento e ensino: fundamentos para a nova reforma. Cad Cenpec. 2014;4(2):196-229. <https://doi.org/10.18676/cadernoscenpec.v4i2.293>
11. Gess-Newsome J, Lederman NG. Examining Pedagogical Content Knowledge: the construct and its implications for science education. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1999.
12. Meister J. Educação corporativa. São Paulo: Makron Books; 1999.
13. Sarreta FO. A Educação Permanente em Saúde para os Trabalhadores do SUS. São Paulo: Editora Unesp; Cultura Acadêmica, 2009.
14. Bastable S. O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
15. Conterno SFR, Lopes RE. Inovações do século passado: origens dos referenciais pedagógicos na formação profissional em saúde. Trab, Educ Saúde. 2013;11(3).
16. Assoni MAS, Bazaglia FC. Educação permanente na prática. In: Santos RP, organizador. Rotinas de Enfermagem. 2. ed. São Paulo: Eureka; 2023. p. 589-602. Vol. 2.

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c03>

HABILIDADES PARA AS MELHORES PRÁTICAS CLÍNICAS

Ariadne da Silva Fonseca^I

ORCID: 0000-0002-2858-4779

Fabiana dos Reis^{II}

ORCID: 0000-0002-8250-0660

Ana Lygia Pires Melaragno^{III}

ORCID: 0000-0001-5662-0135

^ISociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II}Centro Universitário São Camilo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III}Educare & Onco Ensino e Desenvolvimento.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

Ariadne da Silva Fonseca
E-mail: ariadnesfonseca@gmail.com



Como citar:

Fonseca AS, Reis F, Melaragno ALP. Habilidades para as melhores práticas clínicas. In: Melaragno ALP, Fonseca AS, Assoni MAS, Mandelbaum MHS, organizadoras. Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 31-6 p
<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c03>

INTRODUÇÃO

O conceito de habilidade provém do latim *habilitate* e manifesta a qualidade de quem é hábil, com capacidades, inteligência e aptidão. Apesar de algumas definições etimológicas parecerem não dar prioridade ao aspecto cognitivo, é importante ressaltar que a elocução habilidade, em educação, foi durante muito tempo associada apenas à destreza manual e agilidade⁽¹⁾.

Alguns autores que escrevem sobre habilidade falam que é a capacidade desenvolvida por alguém para saber fazer algo específico e que se relaciona com uma ação física ou mental⁽²⁾.

Gostaríamos de realçar que o conceito de habilidade está intimamente ligado e complementa o conceito de competência, onde uma variedade de habilidades acaba por ter como premissa uma determinada competência, ou seja, para que de fato a competência aconteça é necessário que o indivíduo desenvolva as habilidades relacionadas às competências específicas.

A prática de enfermagem pressupõe diferentes competências que envolvem uma série de habilidades psicomotoras. Estas compreendem diferentes destrezas, que vão das atividades mais simples até às mais complexas, envolvendo um número significativo de movimentos coordenados e de alta precisão. Nestes casos, o uso da simulação é, indiscutivelmente, um recurso importante para o desenvolvimento destas habilidades⁽³⁾.

Para que realmente se alcance habilidade técnica na formação de um profissional da área de saúde, é fundamental intervir nos modelos mentais e nos recursos cognitivos que trazem e que motivam o aprendiz quando enfrenta uma tarefa, e conhece a justificativa de sua execução. A



habilidade realizada adequadamente e com destreza por um profissional de saúde tem relação com o tempo, a indicação e a forma com que se aplica a um determinado paciente em um contexto específico ⁽⁴⁾.

Para a construção de uma guia de habilidade precisamos ter em mente quais as diretrizes do processo de ensino e aprendizagem. A Enfermagem tem discutido algumas inovações no ensino para que os alunos possam realizar as práticas profissionais com qualidade e uma maior segurança para o paciente.

No desenvolvimento das competências em Enfermagem temos visto uma busca constante dos profissionais por metodologias ativas e, a simulação tem se mostrado como um recurso importante no processo de formação e aprimoramento profissional. Parece que esta escolha, tem demonstrado ser apropriada, pois nos ambientes simulados a aprendizagem acontece de forma efetiva e, onde o aluno é o foco e o ambiente é seguro e próximo do real, o que permite uma reflexão crítica e sustentada por um professor/facilitador.

Cabe destacar que o ambiente e os simuladores são essenciais para o desenvolvimento de competências psicomotoras, atitudinais e cognitivas e de verdadeiras experiências clínicas necessárias para a prática profissional. Neste contexto, o aluno é inserido no ambiente simulado não apenas para a repetição de uma tarefa, mas para o domínio de uma habilidade que irá requerer dele treino exaustivo até a aquisição daquela habilidade, onde o erro produzirá boa perspectiva no ambiente simulado e protegido. O domínio cognitivo do aluno não obrigatoriamente traduz a sua prática diária. Assim, a aprendizagem não pode ser considerada apenas pela repetição da tarefa.

O uso de práticas simuladas com treinamento de habilidades tem garantido um ambiente seguro para a realização das intervenções de enfermagem, o que contribui para o fortalecimento do aluno e de sua autoconfiança, permitindo treinar mais e desenvolver novas habilidades, cometer menos erros, ser corrigido e poder aprender sem provocar danos ao paciente ⁽⁵⁾.

Para que realmente se alcance a habilidade técnica necessária na formação de um profissional de Enfermagem/saúde é fundamental utilizarmos dos recursos cognitivos e dos fatores motivacionais que o aluno traz e utiliza frente a um novo desafio/cuidado. Assim, o desafio de treinar uma habilidade para cada aluno deve ter como premissa, o objetivo que o professor/facilitador estabeleceu no processo de aprendizagem, considerando que o objetivo do professor em relação aos alunos é que eles alcancem um determinado domínio para que desempenhem um cuidado de qualidade e segurança ao paciente.

Portanto, as simulações que utilizam peças de habilidade e simuladores facilitam aquisição de habilidades para cuidados específicos, onde o professor/facilitador que ensina as habilidades pode identificar com maior facilidade o grau de dificuldade apresentada pelo aluno e os possíveis erros dele, podendo intervir de forma pontual e corretiva.

Outro importante elemento na simulação, diz respeito, ao desenvolvimento de habilidades não técnicas como a comunicação, onde treiná-la permite exercitar distintas sensibilidades quando na prática o aluno/profissional é exposto nos diferentes contextos, como: relação enfermeiro/paciente, enfermeiro/família e enfermeiro/equipe multiprofissional. Habilidades não técnicas, também chamadas cognitivas como tomada de decisão e consciência situacional e habilidades sociais como comunicação, liderança e trabalho e equipe são aquelas que apoiam as habilidades técnicas na execução de tarefas mais complexas.

Na enfermagem/saúde pensamos em fatores humanos, como aprimoramento do desempenho clínico, por meio da compreensão dos efeitos do trabalho em equipe, tarefas, equipamentos, espaço de trabalho, cultura, organização sobre o comportamento e habilidades humanas.

Pode-se dizer que habilidades não técnicas funcionam na prática de maneira sinérgica. Assim, precisamos primeiro determinar qual habilidade não técnica será discutida, para depois pensar no contexto clínico.

Incorporar o desenvolvimento de habilidades técnicas e não técnicas, depende de como o aluno/profissional a realiza, portanto devemos considerar a relação com o tempo a indicação e a forma que se aplica esta habilidade para o sucesso no atendimento do paciente.

A construção de guias deve ser considerada como um apoio importante para o monitoramento, validação e confiabilidade na realização dos treinamentos, em sala de aula, clínicas, laboratórios, dentre outros. Sabendo-se que os guias têm um papel importante na formação dos alunos e que cada instituição determinará o

perfil desejado e as habilidades esperadas para seus alunos. A guia também é uma valiosa contribuição ao ensino e é considerada um bom exercício para o momento do processo de aprendizagem em que ela ocorre.

A Liga Nacional para Enfermagem (NLN) dos Estados Unidos da América descreve que a simulação tem 5 características relevantes, sendo elas: (objetivo, problema, lealdade, apoio e reunião) e que, portanto, é necessário que tenhamos um documento que padronize cada atividade ou etapa do processo realizado na simulação clínica. A excussão de uma guia é então o documento acadêmico atribuído ao desenvolver uma atividade em uma oficina específica ⁽⁶⁾.

Cumprir todas as etapas de uma guia é fundamental assim como treinar habilidade sem uma guia é certamente um risco, pois o aluno/profissional fica muito exposto a erros. Portanto, o professor/facilitador na simulação clínica precisa estar atento e orientar com clareza o passo a passo da guia para o aluno/profissional.

O profissional que desenvolve um guia precisa ter claro o grau de complexidade que se deseja trabalhar para o desenvolvimento da habilidade, sendo fundamental esclarecer o domínio a que se deseja alcançar. De uma forma mais clara, podemos também, utilizar um guia já testado e aprovado por profissionais. A habilidade deve ser praticada levando-se em consideração complexidade e o seu rigor, pois é necessário um treinamento repetitivo e progressivo, considerando que nem todo aluno/profissional tem o mesmo ritmo de aprendizagem.

Outra questão importante a ser lembrada é que no desenvolvimento de um guia o realismo precisa estar presente. Ou seja, o aluno/profissional deve ser exposto aos materiais e equipamentos, roupas e acessórios utilizados, como se estivessem em um ambiente real.

ELEMENTOS DO GUIA

Algumas características na elaboração e controle de uma guia estão na constituição de seus elementos que compõem um conjunto de atividades cada uma com uma sequência própria, permitindo uma avaliação do trabalho realizado e como resultado a checagem de erros e acertos que cada aluno experimentou com sua aplicação.

Ter um modelo de guia comum (Quadro 1), facilita o processo de ensino e aprendizagem. Segundo Escudero⁽⁶⁾, devemos considerar os seguintes passos:

1. Nome da habilidade
2. O(s) autor(es)
3. Data de preparação ou atualização
4. Curso/disciplina
5. Pré-requisito: pode ser uma atividade ou aula anterior
6. Público-alvo
7. Tempo de duração
8. Número de alunos
9. Objetivo geral
10. Objetivo específico
11. Aprendizagem esperada
12. Conteúdo ou leitura dirigida, o que geralmente é escrito pelo professor, porque geralmente não é um livro e será chave para a atividade que o aluno realiza na oficina
13. Atividades (*checklist*)
14. Avaliação – *Feedback*

O professor/facilitador ao construir uma guia de habilidade deverá considerar os 6 passos. Sendo eles:

1. Objetivos: Elaborar os objetivos de aprendizagem geral e específicos;
2. Materiais: Listar os materiais e equipamentos necessários para a realização do procedimento;

3. Checklist: Descreva e enumere o passo a passo; Realize o procedimento anotando cada passo no *checklist* e; Inclua as referências bibliográficas;
4. Demonstração: Professor/facilitador demonstra o procedimento de acordo com o *checklist*;
5. Prática Exaustiva: O aluno/profissional executa o procedimento, de acordo com o *checklist*, repetidas vezes;
6. Feedback: O *feedback* deve ser realizado pelo professor/facilitador durante a execução do treino de habilidade.

Quadro 1 – Modelo de guia de habilidade. São Paulo, São Paulo, 2022

TREINO DE HABILIDADES	
Curso	Enfermagem
Disciplina	Saúde do Adulto II
Turma	1º Semestre
Número de Alunos	25 (2 grupos, total: 50 alunos)
Tema	Aspiração endotraqueal, nasal e oral.
Local	Laboratório de Habilidades de Enfermagem
Tempo de duração	120 minutos: - 20 minutos para explanação do professor; - 80 minutos para prática exaustiva; - 20 minutos para o fechamento.
Professor/ Facilitador	
Objetivos de Aprendizagem	
Realizar as técnicas de aspiração endotraqueal, nasal e oral.	
Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> • 4 camas hospitalares; • 4 travesseiros; • 4 lençóis; • 4 mesas de apoio; • 4 manequins com via aérea e sons pulmonares; • 4 tubos orotraqueais tamanho 7,5 ou 8,0; • 4 ventiladores mecânicos com circuito; • 4 cadarços para fixação do tubo; • 4 seringas de 10 ml; • 4 sondas de aspiração número 10 • 4 sondas de aspiração número 12 • 4 extensores para vácuo para cada leito; • 4 aparelhos de aspiração; • 1 caixa de luvas de látex tamanho M; • 1 caixa de luvas de látex tamanho P; • 1 caixa de luvas de látex tamanho G; • 4 pares de luvas estéreis; • 1 frasco dispensador com água para limpeza; • 1 caixa de máscaras cirúrgicas; • 4 óculos de proteção; • 12 sacos plásticos transparentes; • 1 lixeira com saco branco (infectante); • 1 frasco com álcool em gel 70% para cada leito. 	
Organização do ambiente	
O ambiente estará organizado como um leito de paciente hospitalar. O manequim deverá estar deitado, coberto com lençol, intubado com o tubo fixado pelo lado de fora. Ao lado do leito deverá estar o aparelho aspirador à vácuo em uma das mesas de apoio, já testado e com o extensor de oxigênio conectado na indicação do paciente. Do outro lado do leito, na outra mesa de apoio deverão estar os demais materiais dispostos ou em gavetas (dependendo do tipo de móvel).	

Continua

Continuação do Quadro 1

Checklist			
Critérios	Sim	Parcial	Não
1. Higienize as mãos;			
2. Coloque o equipamento de proteção individual (óculos de proteção e máscara);			
3. Confira se possui todos os materiais necessários para a execução da tarefa: álcool gel 70%; tubo orotraqueal tamanho 7,5 ou 8,0; cadarço para fixação do tubo; ventilador mecânico invasivo; seringa de 5 ml; sondas de aspiração (números: 10 e 12); extensor para vácuo; aparelho de aspiração; luvas de látex; luvas estéreis; frasco dispensador com água para limpeza; lixo infectante.			
4. Apresente-se e explique o procedimento ao paciente (mesmo na ausência de nível de consciência);			
5. Coloque o paciente em posição de semi-Fowler (cabeceira de 30 a 45°);			
6. Conecte o aspirador ao frasco coletor e a sonda ao extensor;			
7. Coloque a luva de procedimento na mão não-dominante e a luva estéril na mão dominante;			
8. Ao calçar a luva estéril, certifique-se de que está com todo material preparado, pois não será possível tocar em nenhuma superfície;			
9. Com a mão não dominante, ligue o aspirador;			
10. Com a mão não dominante, retire a embalagem da sonda e com a mão dominante segure a sonda de aspiração;			
11. Com a mão não dominante abra a válvula de vácuo (desativando o vácuo) e introduza a sonda com a mão dominante até encontrar resistência ou ocorrer tosse por estimulação nas três vias de aspiração (endotraqueal, naso e oro), respeitando a ordem: tubo endotraqueal, nasofaringe e orofaringe;			
12. Com a mão não dominante, oclua a válvulas de vácuo da sonda para que ocorra a sucção, com consequente aspiração de secreção;			
13. Retire lentamente a sonda (esta etapa não deve exceder 15 segundos);			
14. Retire a sonda e despreze no saco plástico transparente;			
15. Lave o extensor;			
16. Desligue o aspirador;			
17. Retire as luvas e descarte no saco plástico transparente juntamente com a sonda e descarte no lixo infectante.			

Fonte: arquivo pessoal

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

No processo de ensino aprendizagem o uso da simulação para o treino de habilidades traz benefícios para a formação dos alunos e capacitação dos profissionais em Enfermagem/saúde, com o desenvolvimento de uma prática mais segura, observa-se uma redução nos riscos no cuidado direto com o paciente, permitindo aprimoramento das habilidades.

Pode-se afirmar que a simulação humaniza o ensino e a prática clínica mais consistente o que permite contribuir para o desenvolvimento de habilidades e de competências tão necessárias para a formação do aluno.

A utilização do guia permite que o aluno/profissional organize e realize seu processo de aprendizagem, permitindo uma correta execução do procedimento.

Assim, o treino de habilidades na situação da simulação é a base mais segura para solidificar os saberes e os fazeres dos alunos e profissionais de Enfermagem/saúde.

REFERÊNCIAS

1. Deffune D, Depresbiteris L. Competências, habilidades e currículos de educação profissional: crônicas e reflexão. Senac; 2002. 135p.
2. Moretto VP. Construtivismo: a produção do conhecimento em aula. Rio de Janeiro: Lamparina; 2011.

3. Miyadahira AMK, Capacidades motoras envolvidas na habilidade psicomotora da técnica de ressuscitação cardiopulmonar: subsídios para o processo ensino-aprendizagem. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(4):366-73. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000400009>
4. Ernest W. Simulation and adult learning. Dis Mon. 2011;57(11):664-78. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2011.08.017>
5. Teixeira CRS, Kusumota L, Braga FTMM, Gaioso VP, Santos CB, Silva VLS, et al. O uso de simulador no ensino de avaliação clínica em enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2011;20(Sppl):187-193. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500024>
6. Escudero E, Azul MAB. Construção de Guias para Baixa Fidelidade. In: Scalabrini NA, Fonseca A, Brandão CFS. Simulação Realística e Habilidades na Saúde. Atheneu 2017:53-70.

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c04>

CONSTRUÇÃO DE CENÁRIOS NA SIMULAÇÃO CLÍNICA

Ariadne da Silva Fonseca^I

ORCID: 0000-0002-2858-4779

Fabiana dos Reis^{II}

ORCID: 0000-0002-8250-0660

Ana Lygia Pires Melaragno^{III}

ORCID: 0000-0001-5662-0135

^ISociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II}Centro Universitário São Camilo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III}Educare & Onco Ensino e Desenvolvimento.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

Ariadne da Silva Fonseca
E-mail: ariadnesfonseca@gmail.com

**Como citar:**

Fonseca AS, Reis F, Melaragno ALP. Habilidades para as melhores práticas clínicas. In: Melaragno ALP, Fonseca AS, Assoni MAS, Mandelbaum MHS, organizadoras. Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. p 37-46
<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c04>

INTRODUÇÃO

A construção de cenários tem sido um dos grandes desafios que os profissionais de saúde enfrentam para a realização das boas práticas. Um ponto que devemos destacar e refletir está no processo de trabalho dos profissionais de saúde e do ensino.

Para a aplicação das novas práticas buscamos na simulação clínica uma possibilidade para a aplicação de estratégias que garantam uma menor incidência de eventos adversos para uma melhor segurança na prestação da assistência ao cliente. As estratégias para a construção de cenários, tanto na educação quanto na saúde tem se mostrado além de um desafio, uma nova vertente para uma prática pedagógica e clínica orientada para o desenvolvimento de competências tão necessárias para o desenvolvimento do processo de cuidar.

Quando destacamos o ensino temos a consciência de que o sucesso se baseia nas competências a serem desenvolvidas em cada atividade, assim como na organização do material de apoio preparado para a discussão e o desenvolvimento do processo de aprendizagem.

Vários são os benefícios resultantes do uso da simulação para os estudantes de enfermagem/saúde no desenvolvimento de competências e, também, no aprimoramento das habilidades práticas para a sua formação profissional.

Neste contexto, cabe conceituar a simulação como uma metodologia ativa, que emprega o uso de simuladores para a reprodução de tarefas clínicas, de uma forma estruturada e em ambiente controlado, que replica cenários próximos ao contexto real⁽¹⁾.

No emprego da simulação na área da saúde para formação dos profissionais, sempre se utilizaram peças e objetos simulados no treino de habilidades ⁽²⁾.



Com o desenvolvimento da tecnologia, houve um grande avanço dos manequins robotizados para o uso de simulação clínica, possibilitando ao aprendiz uma maior vivência prática e permitindo que experencie e pratique ainda mais as suas habilidades ⁽³⁾. Assim, é importante destacar o uso dos simuladores como uma ferramenta que facilita o processo de aprendizagem prática dos alunos/profissionais. Cabe destacar que os simuladores são classificados em baixa, média e alta complexidade. A simulação de baixa complexidade está relacionada com a resolução de cenários simples, daí que, na maioria das vezes, são utilizados simuladores de baixa fidelidade, mais robustos, destinados ao treino repetido, de fácil manutenção e voltados a tais situações; A simulação de média complexidade está relacionada com a resolução de cenários pouco complexos, que envolvem algum tipo de interação entre o aprendiz e o simulador e/ou com o desenvolvimento de competências específicas, diferente das simulações de baixa complexidade, já envolvem raciocínio clínico e tomada de decisão. Já a simulação de alta fidelidade e complexidade envolve a resolução de cenários completos e complexos, onde são necessários muitas vezes recursos computadorizados, sistema de som e imagem avançados, com alto grau de fidelidade do cenário envolvente e dos simuladores, e que tornam possíveis o raciocínio clínico, o espírito crítico, o trabalho em equipe, a liderança e todas as situações complexas do cotidiano da prática clínica dos aprendizes ⁽⁴⁾.

Fica claro, que a aplicação da simulação tem um forte impacto na formação dos alunos e no aprimoramento dos profissionais de saúde e, portanto, deve ser aplicada, considerando as etapas para a realização das boas práticas em simulação.

As normas/padrões de práticas recomendadas pela INACSL (*International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*) fornecem a base da prática baseada em evidência no ensino, assistência e pesquisa, essenciais para promover a estratégia simulada, padronizar a terminologia, aprimorar sua implementação para melhorar a educação, aumentar a segurança do paciente e reduzir a variabilidade nas experiências de simulação. Além disso, sua implementação pode aumentar a confiabilidade da estratégia simulada, incluindo a apresentação de um cenário consistente ⁽⁵⁾.

A base consistente para a construção de um cenário passa pela escolha da estratégia de diferentes tópicos e de terminologias apropriadas para simulação. Devemos considerar as diferentes formas de aprendizagem havendo, quatro estágios comum a todos: Experiência concreta, observação reflexiva, conceitualização abstrata e experimentação ativa ⁽⁶⁾. Todas elas compõem o ciclo de aprendizagem de Kolb e assim, vamos compreender um pouco mais sobre cada uma destas etapas ⁽⁷⁾. Sendo elas:

A Experiência Concreta (agir): aquela onde ao desenvolver uma atividade em sala de aula, seja ela qual for, o aluno adulto absorve novas experiências concretas, tendendo a tratar as situações mais em observações e sentimentos do que com numa abordagem teórica e sistemática. Já a **Observação Reflexiva** (refletir), nesse momento o aluno começa a pensar e refletir sobre a atividade que desenvolveu. Quais foram seus sentimentos e emoções? Se houve um desentendimento, por que se deu? Como ele se comportou e como outros se comportaram? E **Conceitualizar**, neste estágio os estudantes se desenvolvem e agem no domínio cognitivo da situação usando teorias, hipóteses e raciocínio lógico para modelar e explicar os eventos. O aprendizado situacional da etapa anterior, centrado no momento de uma experiência, pode ser ampliado em um grande aprendizado e, por fim, **Aplicar** é quando os estudantes estão envolvidos em atividades de planejamento, experimentando experiências que envolvem mudança de situações. Os estudantes usam as teorias para tomar decisões e resolver problemas. É o momento de colocar a teoria em prática, buscando exercitar o aprendizado de forma ativa. É o momento de gastar tempo com experimentações, influenciando e mudando variáveis em diversas situações ⁽⁷⁾.

Assim, devemos considerar o ciclo de aprendizado e estabelecer o objetivo central da aprendizagem, do planejamento e da construção do cenário, na realização da simulação e na etapa do *debriefing*.

ETAPAS DAS ESTRATÉGIAS DE ENSINO

Com o aprimoramento dos simuladores e, também pela maior utilização da simulação clínica da enfermagem/ saúde houve a necessidade de aperfeiçoar ainda mais as estratégias de ensino e organizá-las em etapas, sendo elas: *pré-briefing*, *briefing*, desenvolvimento do cenário e *debriefing* ⁽⁸⁾. Entendemos por *Pré-briefing* as

informações ou orientações realizadas antes do início de uma experiência de aprendizagem na simulação. O objetivo do **pré-briefing** é preparar o cenário e ajudar os participantes a alcançarem os objetivos do mesmo. O **briefing** é aquela onde será conduzido uma orientação estruturada para o ambiente de aprendizagem e tem como objetivo oferecer informações do ambiente para o participante. Para o **desenvolvimento do cenário** iremos detalhar melhor passo a passo da sua complexidade, sabendo que o cenário pode ser desenvolvido no centro de simulação, em laboratórios de simulação, no próprio ambiente de trabalho (*in situ*), ou externo.

CONSTRUÇÃO DE CENÁRIO

Na educação em saúde, o cenário pode ser definido como relato de uma situação clínica que possibilita o desenvolvimento de objetivos específicos de aprendizagem ⁽⁹⁾.

Temos que esclarecer algumas contradições no uso de conceitos de cenário e caso clínico. No cenário temos a interação dos participantes com a ferramenta didática, enquanto o caso clínico pode ser empregado de modo estático, apenas como disparador inicial para a abordagem teórica de um conteúdo ⁽¹⁰⁾.

Um cenário deve traduzir uma situação da vida real respeitando o realismo da situação, permitindo que os participantes vivenciem na prática o caso clínico. Assim, as informações contidas na vivência prática dos participantes devem ser oferecidas de modo sequenciais de acordo com as ações e decisões tomadas pelos participantes durante a condução do cenário.

O facilitador deve construir o cenário considerando diferentes possibilidades, sendo que os participantes não devem conhecer os objetivos dos cenários nem mesmo as ações que devem tomar diante da situação clínica.

Para garantir o sucesso de um cenário devemos considerar os seguintes aspectos:

- Problema;
- Objetivo;
- Público-alvo.

A identificação do problema deve ser conhecida, porém algumas vezes, na construção do cenário o problema parece não estar tão claro para o facilitador. O importante sempre é estar claro que o problema pode ter indícios ou suspeitas de erros, ele deve basear-se em situações reais, na certeza de que estamos trabalhando com o problema. Devemos sempre considerar e avaliar integrando inicialmente o problema, as atividades que se propõem para desenvolver competências necessárias na aplicação da simulação.

Além disso, na construção do cenário devemos saber qual o nível do conhecimento e vivência dos participantes. E, também deixar descrito formalmente os objetivos a serem alcançados, considerando sempre que estes devem ser claros, sucintos e mensuráveis. Portanto, ao descrevermos o cenário o problema deve estar bem elucidado compreendendo claramente o público-alvo para o desenvolvimento de seus objetivos.

Com relação a presença dos participantes no cenário devemos considerar a simulação na percepção de todos os envolvidos, sendo relevante a vivência prática do cenário simulado.

Deve-se ter sempre muito cuidado na elaboração dos cenários, pois caso ele não esteja claro pode haver erros de interpretação entre a situação simulada e a realidade. Sem dúvida, ter alguma pista sobre os participantes que estão envolvidos com o cenário facilita o seu desenvolvimento. Ao contrário, daqueles que demonstram desinteresse, e consequentemente apresentam dificuldades em alcançar os objetivos de aprendizagem podem inviabilizar a realização do cenário. Para tanto, é necessário que na construção do cenário a escolha seja de casos reais indo de encontro as experiências dos participantes e preferencialmente, o cenário deve traduzir ou estar próximo do ambiente em que aconteça a prática profissional.

Uma estratégia comumente utilizada é o chamado "*hot seat*" em que um participante do cenário tem a informação complementar e fica inicialmente fora dos cenários e só é chamado quando o facilitador necessitar que essa informação seja adicionada ⁽¹⁰⁾. Essa função também pode ser utilizada por um dos membros da equipe de facilitadores e por atores simulados. Pelas características históricas de desenvolvimento e peculiaridades

de capacitação, as estratégias de simulação envolvendo manequins e aquela envolvendo atores treinados só estão sendo mescladas recentemente ⁽¹¹⁾.

No que diz respeito aos cenários, podem ser divididos em níveis de complexidades, ou seja, podemos ter cenários de baixa complexidades, voltada mais para treino de habilidades, média complexidade e alta complexidade, onde há resolução de um caso clínico e trabalho em equipe respectivamente ⁽¹²⁾.

Assim percebe-se que cada vez mais a prática simulada permite vivenciar a clínica simulada o mais próximo do real. Os cenários de simulação buscam maior nível de fidedignidade, excluindo (fazer de contas), e investindo em um ambiente que envolva o aprendiz em um ambiente de forma a ser uma aprendizagem rica e atrativa. Em cada ambiente, para melhor compor a fidelidade do cenário é importante incluirmos alguns objetos, roupas e móveis ao local onde encontra-se o paciente simulado. A decisão pela utilização de manequins ou ator em um cenário está relacionado com o objetivo da aprendizagem e dos procedimentos a serem realizados. Toda vez que temos procedimentos invasivos, devemos optar pelo manequim. Quando necessário podemos ter simulação híbrida que é ator e manequim, um complementando o outro.

Para o realismo do cenário utilizamos desde o ambiente simulado, como por exemplo (replicando a casa do paciente) podendo descrever um acidente de patins, o atendimento na sala de trauma, em um quarto hospitalar ou mesmo no leito de terapia intensiva. Um dos recursos utilizado para a fidelização do cenário é a **moulage**.

A moulage pode ser definida como o uso de maquiagem de efeitos especiais. É uma técnica que possibilita simular doenças, contusões, feridas, fraturas, sangue, incisões, hematomas, idade, características clínicas ou outros efeitos ao manequim ou paciente simulado ⁽¹³⁾. A adição de efeitos especiais, em simuladores e ou atores (pacientes simulados), fornece pistas que geralmente não deveriam ser fornecidas de forma passiva, através da leitura do caso clínico e ou da informação fornecida pelo facilitador durante o pré-briefing ou briefing do cenário, o que permite aos facilitadores preencherem a lacuna que geralmente ocorre entre um caso clínico real e um caso clínico simulado ⁽¹⁴⁾. A aplicação da moulage tem sido utilizada como uma forte ferramenta que possibilita uma maior confiança dos profissionais de saúde considerando diversos cenários e uma gama de possíveis sinais de avaliação durante o exame clínico. Sabemos, que a moulage auxilia o participante na confirmação dos sinais clínicos assim, como permite o mesmo o treino de habilidades dentre outras técnicas tão necessárias para o processo de aprendizagem, levando o participante a uma resposta mais rápida tão necessário para a intervenção, além de ser um potencial estímulo ao pensamento crítico.

Cabe destacar, que a moulage, apresenta diferentes níveis de complexidade, como: criatividade, diferentes técnicas para sua confecção, e dependendo dos objetivos de aprendizagem podem ter um resultado bem favorável.

A moulage podem ser desde uma técnica de maquiagem artística, como as realizadas em cenários cinematográficos, até mesmo impressões digitais, feitas em 2D e 3D, que são colocadas em simulação, em locais, tanto do simulador como do ator, para dar pistas ou mostra os casos clínicos dos pacientes ⁽¹⁵⁾.

Alguns estudos têm focado a moulage como sendo apenas uma representação abstrata de uma caracterização do paciente. Porém a moulage é um elemento físico de realismo, deve ser crucial na caracterização do simulador ou paciente simulado e quando realizada, necessita incorporar nesse recurso, que a remetem a uma figura real ⁽¹⁶⁾.

Deve-se sempre ter o cuidado para a construção dos cenários considerando suas etapas e todo o conteúdo que descrevemos acima, como uma ferramenta importante na construção do conhecimento e do uso da simulação.

O cenário deve ser cuidadosamente preparado e testado pelo facilitador/professor, deve ter em média uma duração de 08 a 15 minutos dependendo da complexidade, com exceção dos cenários de múltiplas vítimas que podem ter duração entorno de duas horas. Antes de iniciar o cenário, o facilitador solicita aos participantes que se voluntariem a participar do cenário, sendo que, os participantes devem desempenhar o papel de acordo com sua formação. O facilitador/professor é o responsável pelo início e finalização do cenário.

O facilitador/professor pode programar o cenário no sistema ou inserir manualmente as alterações nos parâmetros do manequim à medida em que a equipe executa o cenário, podendo melhorar ou piorar o quadro clínico e ou comportamental do paciente de acordo com a assistência prestada pela equipe.

Para melhor compreensão o quadro 1 exemplifica a estrutura de um cenário considerando as diferentes condutas e ações a serem realizadas pelos participantes.

Quadro 1 - Modelo de Cenário Clínico, São Paulo, SP, 2022.

TÍTULO		
Curso / Público Alvo	Atendimento em pós operatório imediato de cirurgia cardíaca	
Autoria		
Ambiente	Sala de simulação de alta fidelidade	
Tipo de Simulação:	[X] Alta Fidelidade [] Média Fidelidade [] Baixa Fidelidade [] ATORES [X] MANEQUIM	
Pré-briefing		
Estudo prévio de Cirurgia cardíaca em Pequeno Grupo. Os recursos necessários para a condução do cenário estarão dispostos no ambiente de simulação, podendo manuseá-los livremente. Esclarecer dúvidas dos participantes antes do início do cenário.		
DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO DA SIMULAÇÃO	1. Apresentação do cenário 2. Desenvolvimento 3. Debriefing	15' 15' 40'
OBJETIVOS GERAL E ESPECIFICOS.	Objetivo Geral 1. Ser capaz de realizar assistência em POI de cirurgia cardíaca. Objetivos específicos: 1. Ser capaz de ampliar investigação clínica; 2. Despertar o raciocínio crítico e diagnóstico diferencial; 3. Prestar assistência ao paciente dentro do contexto de intercorrência.	
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none">• 01 Enfermeiro;• 01 Médico;• Técnico de enfermagem• Fisioterapeuta	
RECURSOS NECESSÁRIOS	01 Simulador Avançado: Deverá estar com TOT, curativo em região esternal, drenos de tórax bilateral e mediastino com frasco e selo d´água, Cateter venoso central, recebendo noradrenalina e dobutamina em Bomba de infusão, cateter venoso periférico, cateter arterial, meias elásticas e compressor plantar, sonda vesical de demora. DISPONÍVEL NO CENÁRIO <ul style="list-style-type: none">• Boneco simulador avançado;• Bomba de infusão (nora, dobuta, SG)• Equipo 3 bomba;• Equipo 1 macro gotas;• Dreno de torax (3);• SVD e coletor;• CVC;• CVP;• Curativos;• Cateter de arteria;• Flotrac (Taneia)• Monitor multiparâmetros;• Ventilador mecânico (oxilog);• Tubo orotraqueal;• Cadarço;• Termômetro;• Eletrodos;• Estetoscópio;• Aparelho de ultrassom;• Materiais para coleta de exames laboratorias;• Seringas, agulhas;• Ringer Lactato;• Monitor EV 1000 (taneia);• Laudo do ECG de 12 derivações;• Imagem Raio-x;• Laudo Ecocardiograma;• Massageador plantar;• Folhão UTI(preencher)• Luvas de procedimento;• Máscara;• Swab de alcool;	
FACILITADORES	01 Facilitador O facilitador deve apresentar o caso clínico, controlar o tempo e realizar o <i>debriefing</i> ;	

Continua

Continuação do Quadro 1

EVENTOS DURANTE O CENÁRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente intubado, com sudorese pele fria e pálida, apresentando zero débito pelo dreno de mediastino, taquicardia, hipotensão e refratária ao aumento de DVA; • Se não diagnosticar paciente deve evoluir para PCR; • Deverão ser capaz de identificar o tamponamento cardíaco.
AValiação da Comunicação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar a capacidade de trabalhar em equipe 2. Incentivar a sempre pedir ajuda e saber ouvir 3. Transmitir ordens com clareza
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> • Trata-se de um caso de tamponamento cardíaco ocasionado por clampeamento do dreno de mediastino; • A melhora clínica dependerá da identificação do clampeamento do dreno e necessidade de abordagem punção e/ou abordagem cirúrgica; • Comunicação em equipe durante a intercorrência <p>Os participantes devem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentar-se ao paciente; 2. Higienizar as mãos; 3. Realizar o exame físico; 4. Realizar raciocínio crítico e rápida intervenção do caso; 5. Realizar intervenção médica e de enfermagem acerca do Tamponamento cardíaco; 6. Trabalhar em equipe dentro do cenário de intercorrência. <ul style="list-style-type: none"> • A SR será encerrada com a identificação do diagnóstico diferencial e proposição do tratamento e cuidados adequados.

Apresentação do Cenário

Antônio, 60 anos, diabética, hipertensa, admitida na UTI em POI de Revascularização do Miocárdio (Plantão Centro cirúrgico: 3 pontes: MiE- DA, MiD- Dg, Sf- CD, CEC: 105 minutos, Anoxia: 45 minutos, recebeu em sala 04 Concentrado de Hemácias, 1000ml de Plasmalyte, sangramento controlado no intraoperatório, recebeu antibiótico profilaxia). Deu entrada na UTI há 2 horas. Em uso de noradrenalina em dose baixa 0,01 mcg/kg/min e dobutamina 3mcg/kg/min, mantendo níveis pressóricos e parâmetros hemodinâmicos adequados. Débito urinário regular. Apresenta baixo débito (50ml) de conteúdo serohemático nos drenos pleurais e nenhum conteúdo no dreno de mediastino até o momento. Enfaixamento no MID sem sujidade. A troca de plantão acaba de acontecer e vocês deverão prestar o atendimento ao paciente.

Informações complementares e Dados do Exame Físico

- *Exame físico:*
Neurológico – Rass -5, pupilas isofoto, sedação residual do procedimento
AP: MV diminuídos em bases, FR 18 ipm, boa expansibilidade torácica; VM controlada – VC 400p/min, Peep 10, Fio2 70%
AC: Bulhas rítmicas hipofonéticas, afebril, tec>3s,
Abdome: Flácido, RHA ausentes no momento, mantém jejum, sg10%
Geniturinário – SVD, diurese presente;
Pele: fria, anictérico

Parâmetros de monitorização inicial	Valores
Frequência cardíaca / ritmo	90 bpm / Sinusal
PA (invasiva)	100 x 55 mmHg
SatO ₂	95%
Frequência Respiratória	20 ipm
Temperatura	35oC
Evolução Clínica	
Paciente evolui com sudorese, piora hemodinâmica, da taquicardia, palidez cutânea. ACV: bulhas hipofonéticas. Extremidades: Frias, Piora da perfusão tecidual (tec > 3s)	
Parâmetros evolutivos	Valores
Frequência cardíaca / ritmo	120 - 125 bpm
PA (invasiva)	80 x 50 mmHg
SaO ₂	90 - 85%
Frequência Respiratória	30 - 35 rpm
Temperatura	35°C

Continua

Continuação do Quadro 1

Hemograma/ Coagulograma	Bioquímica	Gasometria Arterial	Gasometria Venosa
Hb: 10g/dl Leucócitos: 12 mil/m³ Plaquetas: 150mil TTPa: 0,9s INR:1,2 Fibrinogênio: 250mg/dl	Cr:3,0mg/dl Ur: 50mg/dl DHL: 250U/L PCR: 3,0mg/dl Na:130mEq/L Kcl: 4,0 mEq/l Cai: 1,2mmol/l Mg: 2,0 mg/dl P: 3,0mg/dl TGO: 30U/L TGP: 40U/L Bil T: 0,8mg/dl FA: 110U/L GGT: 70U/L Amilase: 150 U/L Lipase: 30U/l Troponina: 5,0ng/ml	pH: 7,3 PO2: 140 PCO2: 38 BIC: 18mmol/L BE: -3,0 Sat: 92% Lactato arterial: 30mg/dl	pH: 7,30 PO2:45 PCO2: 45 BIC: 18mmol BE: -2,0 Sat: 45%
Controle Pós tratamento (Entregar à medida que sejam solicitados)			
AÇÕES	REAÇÕES		
Se identificar o clampeamento do dreno e abrir	Observar o nível de consciência e presença de débito		
Se realizar tratamento adequado: considerar punção, ajuste de vasopressor, avaliação do cirurgião,	Apresentar estabilidade hemodinâmica		
Pontos-chave do <i>debriefing</i>			
Avaliação do participante			
<ul style="list-style-type: none">• O que nós aprendemos com a simulação realizada?• Solicitar feedback aos alunos participantes sobre o facilitador, atores, cenário e sua participação.• Como podemos aplicar os conhecimentos adquiridos nesta simulação nas UTI na qual estamos realizando atividades práticas?• Debater os pontos chaves e nó crítico na simulação desempenhada.			

Fonte: Arquivo pessoal

A simulação é uma importante estratégia de ensino e de aprendizagem no ensino de enfermagem, tanto na formação graduada como na formação pós-graduada, com claros ganhos para os formandos ⁽¹⁷⁾.

Assim, é considerada um elemento da simulação realística permitindo aos participantes vivenciarem situações clínicas e desenvolverem competências afetivas, cognitivas e psicossociais.

Passaremos a seguir a compreender a importância do *debriefing* para o desenvolvimento da simulação.

O *debriefing* é um processo bidirecional, "formal, colaborativo e reflexivo dentro da atividade de aprendizagem por simulação" ⁽⁸⁾. Para gerar fortalecer e transferir a aprendizagem considerando uma aprendizagem experimental.

O *debriefing* incentiva o pensamento reflexivo dos alunos e pode ser integrado em pontos designados dentro de uma atividade educacional baseada em simulação ou como uma atividade pós-cenário. Requer um processo de comunicação de duas vias entre o participante e o facilitador. Não é apenas o *feedback* do desempenho do participante, mas implica em um processo de comunicação onde aparece o seu desempenho e o participante passa a utilizar estratégias para melhorar sua performance.

A etapa do *debriefing* deve ser preferencialmente realizada em um local diferente de onde acontece a simulação, levando os participantes a uma reflexão da sua ação. Com a finalização do cenário os participantes são convidados a sair da sala e dirigir-se a sala onde acontecerá o *debriefing*. As cadeiras da sala devem estar posicionadas em círculos, o facilitador aguarda a entrada dos participantes do cenário e agradece a participação de todos. Nesse momento, solicita que os participantes se sentem e dá início ao *debriefing*.

O facilitador/professor solicita aos participantes que relatem como foi para eles participarem do cenário. Após, pede a eles que relatem os pontos positivos da sua participação no cenário, abrindo para os demais integrantes do processo para que digam o que eles viram dos pontos positivos. Na sequência o facilitador solicita que os participantes relatem o que eles fariam diferente. Depois desse passo, retorna novamente para os demais integrantes e pergunta o que eles acreditam que poderia ser feito de diferente naquele cenário. Para finalizar o cenário o facilitador irá direcionar a discussão para que seja feita as conclusões perguntando ao grupo o que vamos levar como aprendizado?

Cabe destacar que o papel do facilitador/professor deve ser de mediador durante o *debriefing*, sendo ele aquele que menos fala, mas que está sempre atento a todos os participantes, chamando a todos para participarem da discussão. O tempo para a realização do *debriefing* depende da complexidade e do número de pessoas envolvidas. Se for um cenário que tenha a participação de três a cinco pessoas o tempo médio é de vinte a quarenta minutos. Se for um cenário de múltiplas vítimas com a participação de um número grande de pessoas, o tempo do *debriefing* pode durar por volta de uma hora.

Quando o cenário for gravado e tiver o vídeo, o mesmo poderá ser utilizado, em parte, na condução do *debriefing*, possibilitando que o participante tenha a chance de se ver e que possa mostrar detalhes do que não puderam notar durante o cenário.

Desta forma, o *debriefing* permite o desenvolvimento de conhecimentos e competências de forma crítica e reflexiva. Assim, os participantes estarão melhor preparados para a tomada de decisão reduzindo erros, levando a uma assistência segura e de qualidade.

Para Warrick ⁽¹⁸⁾ o *debriefing* tem os seguintes objetivos:

- Identificar as diferentes percepções e atitudes que ocorrem;
- Relacionar o exercício com a teoria específica ou conteúdos e competências técnicas;
- Desenvolver um conjunto de experiências para avaliação superior;
- Oportunidade de receber um *feedback* acerca da natureza e da prática envolvida em comportamentos, decisões/ ações tomadas; e
- Estabelecer em sala um clima que permita ganhar confiança e conforto.

Desta forma, acreditamos que o *debriefing* pode permitir aos participantes uma reflexão sobre suas intervenções em um ambiente seguro e apropriado.

O *debriefing* é considerado um processo em que a equipe pode (re)examinar a simulação clínica para desenvolver o raciocínio clínico, pensamento crítico e capacidade de julgamento.

No entanto, permanecem dúvidas sobre a forma de desenvolver o *debriefing*, quando se deve interrogar, o que interrogar, e quem incluir no *debriefing* para obtenção dos melhores resultados de aprendizagem. É uma arte aprendida e a habilidade do instrutor tende a melhorar com a prática ⁽¹⁹⁾.

O *debriefing* pode ser dividido em várias fases. Durante a fase de descrição, os alunos são lembrados dos objetivos da simulação e da finalidade do *debriefing*. A fase de reação/desarme permite que os alunos explorem suas reações à experiência. Durante a fase de análise/descoberta, o facilitador/professor auxilia os alunos na exploração das experiências, facilita a compreensão do material e ajuda a identificar lacunas de conhecimento. A fase de resumo/aplicação oferece uma oportunidade de recapitular a experiência, identificar *insights* e permitir a exploração de como o conhecimento, as habilidades e as atitudes da experiência podem ser transferidas para o ambiente real de atendimento ao paciente ^(20,21).

Assim, o *debriefing* tem sido descrito como um elemento mais importante da simulação. Por isso, melhores práticas e padrões estão sendo criados para fortalecê-los contribuindo na formação e na estrutura do pensamento.

SIMULAÇÃO *IN SITU*

A simulação *in situ* é a simulação integrada no ambiente clínico, ou seja, seu treinamento ocorre no ambiente de trabalho com um cenário simulado.

A fidelidade da simulação depende do quanto essa se aproxima da realidade. Ela tem sido usada na saúde como uma estratégia de treinamento de indivíduos e equipes com capacidades técnicas (conhecimentos e habilidade) e não técnicas (comunicação, atitude e trabalho em equipe). A simulação *in situ* leva esta técnica diretamente aos locais onde ocorre a atuação em saúde ⁽²²⁾. Ao invés de realizar o treinamento no centro de simulação.

Por ocorrer no ambiente assistencial, a simulação *in situ* tem como clara vantagem um aumento de fidelidade do cenário, já que a fidelidade do ambiente é favorecida nessa estratégia. Além disso, esse método favorece a multidisciplinaridade, já que os profissionais de diversas disciplinas habitualmente já estão presentes no local. Estudos demonstram preferência dos profissionais pela estratégia *in situ* comparada a treinamentos no centro de simulação. Ademais, como não demanda uma estrutura física além da já existente no hospital, a simulação *in situ* é por vezes financeiramente vantajosa em relação a simulação no centro de simulação.

Uma das grandes vantagens da simulação *in situ* é que em decorrência do cenário, muitas vezes, há uma adequação na disponibilidade dos materiais e equipamentos na assistência, facilitando os atendimentos diários.

Entretanto, há algumas desvantagens da simulação *in situ*. A maior delas está relacionada com a restrição de tempo, uma vez que o cenário e *debriefing* devem ser planejados de modo a não comprometer a assistência. Há também dificuldades logísticas na programação desses treinamentos, com menor controle do cenário que temos no centro de simulação e risco de cancelamentos. O cancelamento do treinamento também pode ocorrer devido a demanda do setor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças e as transformações tecnológicas têm permitido novas vivências práticas para o profissional de saúde o que tem gerado o desenvolvimento de novas competências na busca por treinamento e aperfeiçoamento. As instituições de ensino têm se mostrado preocupadas com essa realidade.

Neste sentido, o ensino em saúde tem aplicado a simulação como uma ferramenta útil, inovadora e atrativa. A escolha pela simulação como uma estratégia de ensino trouxe uma maior segurança e confiabilidade no processo de formação de seus alunos.

A simulação clínica vem contribuindo para o desenvolvimento de competência e habilidades práticas entre os alunos. Esta competência tem um caráter relacional, onde envolve o trabalho em equipe e, considera prontamente as relações estabelecidas entre os interlocutores na busca de uma autonomia, liderança e uma participação nas decisões da relação no processo de ensino aprendizagem.

O uso da simulação desenvolve a capacidade de raciocínio clínico e pensamento crítico, permitindo a realização de uma prática mais segura e de qualidade ao paciente, além de minimizar os riscos de erros. Assim, o uso da prática simulada permite a realização de intervenções de enfermagem para que estes treinem a habilidade e quando cometerem erros possam ser corrigidos, aprendendo com eles, sem a ocorrência de danos ao paciente.

É importante destacar que a simulação é uma situação fictícia e que, portanto, na construção do cenário este fato deve ser considerado, pois haverá sempre a percepção dos participantes que se percebe na situação daquilo que ele faz e que não pode estar sendo real. Deve-se considerar a adequação do cenário ao nível de conhecimento e vivência do participante.

O cenário tem que ser construído considerando as competências cognitivas, psicomotoras ou afetivas. Se um cenário for mal elaborado, não testado poderá ocorrer falhas entre a situação simulada e a realidade, trazendo frustrações aos alunos.

O cenário deve ser construído considerando o ambiente o mais próximo da realidade da prática profissional dos participantes. Todas as competências elencadas no cenário são aplicadas na prática simulada, onde acontece o *debriefing*, momento em que os participantes e facilitadores reavaliam a situação clínica. É considerado um momento valioso na produção de conhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Pazin FA, Scarpelini S. Simulação: definição. *Rev Medicina*. 2007;40(2):162-166.
2. Martins JCA, Mazzo A, Baptista RCN, Coutinho VRD, Godoy S, Mendes IAC, et al. The simulated clinical experience in nursing education: a historical review. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4):619-25. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400022>
3. Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee Gordon D, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Med Teach*. 2005;27(1):10-28. <https://doi.org/10.1080/01421590500046924>
4. Mazzo A, Almeida RG, Baptista RCN, Pedersoli CE, Girão FB, Martins JCA. Simulação: Conceitos Básicos. In: Scalabrini NA, Fonseca A, Brandão CFS. *Simulação Realística e Habilidades na Saúde*. Atheneu 2020:25-39
5. Lioce L, Lopeiato J, Downing D, Chang TP, Robertson JM, Anderson M, et al. *Healthcare Simulation Dictionary*. 2nd ed. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. 2020. <https://doi.org/10.23970/simulationv2>
6. Jeffries PR. *The NLN Jeffries simulation theory*. Wolters Kluwer: National League for Nursing; 2016.
7. Kolb DA. *Aprendizagem experiencial*. Nova Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1984.
8. Lioce L, Meakim CH, Fey MK, Chmil JV, Mariani B, Alinier G, et al. Standards of best practice: simulation standard IX: Simulation design. *Clin Simulation Nurs*. 2015;11(6):309-15. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2015.03.005>
9. Alinier G. Developing high-fidelity health care simulation scenarios: a guide for educators and professionals. *Simul Gaming*. 2011;42(1):9-26. <https://doi.org/10.1177/1046878109355683>
10. Neves FF, Iglesias AG, Pazin FA. Construção de Cenários Simulados. In: Scalabrini NA, Fonseca A, Brandão CFS. *Simulação Realística e Habilidades na Saúde*. Atheneu; 2020. P.125-141
11. Szauter K. Adding the human dimension to simulation scenarios. *Simul Healthc*. 2014;9(2):79-80. <https://doi.org/10.1097/sih.0000000000000035>
12. Meakim C, Boese T, Decker S, Franklin AE, Gloe D, Lioce L, et al. Padrões de Boas Práticas: Simulação Padrão I: terminologia. *Simul Clin Enferm*. 2013;9(6S):S3-S11. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2013.04.001>
13. Foot C, Host D, Campher D, Tomczak L, Ziegenfuss M, Cohen J, et al. Moulage in high-fidelity simulation-a chest wall burn escharotomy model for visual realism and as an educational tool. *Simul Healthc*. 2008;3(3):183-5. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e318184260f>
14. Stokes-Parish JB, Duvivier R, Jolly B. Does appearance matter? current issues and formulation of a research agenda for moulage in simulation. *Simul Healthc*. 2017;12(1):47-50. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000211>
15. Garg A, Haley HL, Hatem D. Modern moulage: evaluating the use of 3-dimensional prosthetic mimics in a dermatology teaching program for second-year medical students. *Arch Dermatol*. 2010;146(2):143-6. <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2009.355>
16. Pywell MJ, Evgeniou E, Highway K, Pitt E, Estela CM. High fidelity, low cost moulage as a valid simulation tool to improve burns education. *Burns*. 2016;42(4):844-52. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2015.12.013>
17. Campbell SH, Daley K. *Simulation scenarios for nurse educators: making it real*. New York, Usa: Springer Publishing Company; 2009.
18. Warrick D, Hunsaker PL, Cook CW, Altman S. Debriefing experiential learning exercises. *J Exper Learn Simul*. 1979:91-100.
19. Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simul Healthc*. 2007;2(2):115-25. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3180315539>
20. Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, Grant V, Cheng A. More than one way to debrief: a critical review of healthcare simulation debriefing methods. *Simul Healthc*. 2016;11(3):209-17. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000148>
21. Al Sabei SD, Lasater K. Simulation debriefing for clinical judgment development: a concept analysis. *Nurse Educ Today*. 2016;45:42-7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.008>
22. Almeida MN, Duarte TTP, Magro MCS. In situ simulation: the gain of self-confidence by nursing professionals during cardiopulmonary arrests. *Rev Rene [Internet]*. 2019 [cited 2020 Apr 25];20:e41535. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1040987>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c05>

APRENDIZAGEM BASEADA EM PROJETOS

Daniela Miori Pascon^I

ORCID: 0000-0002-7505-5132

Heloisa Helena Ciqueto Peres^{II}

ORCID: 0000-0002-8759-5670

^I Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II} Universidade de São Paulo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autor Correspondente:

Daniela Miori Pascon
E-mail: dpascon@pucsp.br



Como citar:

Pascon DM, Peres HHC. Aprendizagem baseada em projetos. In: Melaragno ALP, Fonseca AS, Assoni MAS, Mandelbaum MHS, organizadoras. Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 47-53 p
<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c05>

INTRODUÇÃO

As demandas da sociedade atual na formação de seus cidadãos vão muito além do conhecimento. Envolve, entre outras, a capacidade de seleção e tratamento das informações com a transposição do conhecimento para a resolução de problemas.

As Metodologias Ativas de ensino aprendizagem procuram responder às demandas solicitadas do processo de aquisição de conhecimento, favorecendo a autonomia, o trabalho em equipe, às práticas sociais, inter-relacionando a produção de conhecimento, sua aquisição e a vida cotidiana. Nesta busca por processos educativos críticos, reflexivos e significativos, questionamos quais as contribuições das Metodologias Ativas? Como se dão essas práticas pedagógicas? Quais são seus limites e possibilidades? O que os educadores precisam conhecer para aplicar um determinado método?

A necessidade de trazer a prática baseada em cenários reais para “dentro” da sala de aula, é um constante desafio aos docentes e gestores educacionais. Neste contexto a metodologia de Aprendizagem Baseada em Projetos (ABPj) ou *Project Based Learning* (PjBL), mostra-se bastante eficaz, pois permite o desenvolvimento autoral dos estudantes na construção de soluções para os problemas apresentados.

Esse capítulo tem a finalidade de servir de guia para a aplicação da metodologia de ABPj, em práticas educativas cotidianas, bem como o objetivo de difundir essa metodologia em cenários educacionais em saúde, onde educadores e professores, enfermeiros e outros profissionais da área possam implementar suas ações educativas construídas por esse arcabouço teórico metodológico que se propõem a resolver problemas reais por meio da entrega de produto final, denominado de projeto.



A ABPj pode ser definida como uma metodologia ativa de ensino aprendizagem que permite aos estudantes a oportunidade de confrontarem situações, questões e problemas do mundo real, e de forma colaborativa desenvolverem conhecimentos para a resolução destes problemas ⁽¹⁾. Caracteriza-se como um método sistemático de ensino aprendizagem com o propósito de integrar diferentes conhecimentos, além de fomentar o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias a formação global do indivíduo.

Por ser uma metodologia de aprendizagem que envolve estudantes em tarefas e desafios para resolver problema por meio de um projeto, possibilita o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias ao século XXI relacionadas ao pensamento crítico e criativo para a resolução de problemas e a realização de projetos de forma colaborativa ⁽²⁾.

A ABPj tem a finalidade de desenvolver aos participantes dos projetos competências cognitivas, afetivas, intelectual, psicomotora, social, ética e estética. Proporciona o desenvolvimento de habilidades de comunicação interpessoal oral e escrita, autonomia, criatividade, raciocínio lógico, pensamento reflexivo, colaboração e desenvolvimento de trabalho em equipe, planejamento e administração de tempo e recursos, interdisciplinaridade, liderança e negociação. Desenvolve raciocínio crítico e habilidade na resolução de problemas. Favorece o desenvolvimento de habilidades socioemocionais: empatia, confiança, segurança, abertura ao novo e engajamento ⁽³⁻⁷⁾.

De acordo com o *Buck Institute for Education* ⁽⁸⁾, esses projetos que se apresentam efetivos têm os seguintes atributos:

- Promovem impulso intrínseco aos estudantes a aprender a aprender;
- Envolvem os estudantes nos conceitos e princípios centrais do aprendizado;
- Provocam questões de aprendizagem;
- Fomentam a utilização de ferramentas e habilidades para o desenvolvimento de projeto como: uso de tecnologias para aprendizagem, autogestão e gestão de projetos;
- Indicam produtos para a resolução dos problemas;
- Possibilitam aprendizagem por *feedback*;
- Empregam avaliações guiadas por desempenho;
- Instigam a cooperação.

A ABPj tem sido explorada em vários contextos e em diferentes fases de escolarização, desde o ensino básico ao superior, além de ter sido aplicadas às diversas áreas do conhecimento, em especial as engenharias ^(7,9,10). Possui aspecto inovador e motivador, pois pressupõe a colaboração, a cooperação e a resolução de problemas na concepção e execução de sua metodologia. A multiplicidade do uso desta metodologia nas áreas de conhecimento, se dá devido a mesma atribuir significados procedentes da realidade, construindo uma aprendizagem ativa, integradora e significativa. Os aspectos colaborativos e contextualizados valorizam a participação do estudante e do educador na construção do processo de ensino aprendizagem, possuindo como característica principal a intencionalidade educativa ^(5,11,12).

Essa metodologia surgiu em 1900, nos Estados Unidos, quando o filósofo americano John Dewey comprovou ser possível “aprender mediante o fazer”, valorizando as habilidades dos estudantes para a solução de problemas reais. Embora a ABPj não seja nova, ela tem sido cada vez mais enfatizada, à medida que educadores e gestores buscam maneiras que permitam que os estudantes desenvolvam habilidades tecnológicas na resolução de problemas de forma colaborativa ⁽¹⁾.

Dewey acreditava que a “construção” do projeto não deveria ser o objetivo final do processo educacional, mas sim o momento da aprendizagem. Ele sistematizou a pedagogia de projetos nesta concepção, sendo Kilpatrick o responsável pelo seu encaminhamento metodológico e sua popularização na primeira metade do século XX ⁽¹⁰⁾.

A ABPj exige conhecimento e planejamento docente, visando definir a finalidade do projeto e quais os conteúdos pedagógicos que devem ser abordados. O professor tem a função primordial de monitorar o desenvolvimento do projeto, realizando *feedback* e avaliações formativas ao longo de todo o processo.

O professor assume o papel de orientador, promovendo ativamente a autonomia do estudante e incentivando-o a pensar, refletir e tomar decisões de maneira colaborativa e crítica. Durante o processo de desenvolvimento do projeto, os estudantes desenvolvem intrinsecamente estratégias de gerenciamento, comunicação, análise crítica, objetividade e precisão ⁽¹³⁾.

Por ser uma metodologia que proporciona o alinhamento entre a teoria e prática, apresenta vantagens da concepção de projeto = projeto é único, tem início, meio e fim, é progressivo e possui objetivos claros e viáveis.

Vários são os modelos de implementação da metodologia de projetos, estes podem variar de curta duração (uma a duas semanas), quando relacionados à assuntos específicos, direcionados a uma disciplina ou tópico de aprendizado. Quando os projetos demandam soluções mais complexas ou envolvem temáticas transversais e demandam a colaboração interdisciplinar, em geral apresentam duração mais longa (semestral ou anual) ^(1,2).

A delimitação da duração do projeto, não é uma tarefa fácil aos professores, muitas vezes, requer consonância com os objetivos de aprendizagem de várias disciplinas e planejamento conjunto com outros docentes, a fim de envolver diferentes áreas de conhecimento.

Desta forma, a partir de nossas experiências educacionais e estudos, apresentamos um conteúdo sintetizado e organizado didaticamente para o uso da metodologia ABPJ. Para tanto, inicialmente será apresentada descrição de termos comumente utilizados por diversos autores ao usar a ABPJ, seguindo pelo destaque de características essenciais ao método e finalizando com um diagrama das etapas para o desenvolvimento da metodologia ABPJ.

TERMINOLOGIA UTILIZADA NA ABPJ:

- Âncora: tem a finalidade de fundamentar o ensino em um cenário
- Artefatos: são itens criados ao longo da execução do projeto, representando possíveis soluções
- Desempenho autêntico: significa que a aprendizagem foi resultante da realidade
- *Brainstorming*: processo de produção de ideias de maneira colaborativa
- Questão motriz: fornece a pergunta do projeto
- Aprendizagem expedicionária: aprendizagem como uma “viagem” ao mundo real
- Voz e escolha do aluno: reflete o “poder” de escolhas que os estudantes têm no aprendizado
- Web 2.0: significa que os estudantes utilizarão de tecnologia instrucional na resolução do problema

As características essenciais da ABPJ podem ser verificadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Características essenciais da ABPJ. São Paulo, julho, 2022

Características essenciais da ABPJ	
Característica	Descrição
Âncora	Tem a finalidade de despertar o interesse de aprendizado pelos alunos e funciona como uma introdução ao projeto
Trabalho cooperativo em equipe	Promove o desenvolvimento de competências de trabalho em equipe, possibilitando experiências de aprendizado autênticas
Questão motriz	Descrita como uma pergunta que deve estimular e direcionar os estudantes a responderem os objetivos do projeto
Feedback e revisão	Deve ser realizado durante todo o processo, tanto por estudantes como professores
Investigação e inovação	Compreende a fase de busca e investigação de aspectos mais abrangentes do projeto, a fim de responderem aos questionamentos e propor soluções
Oportunidades e reflexão	Trata-se de um aspecto trabalhado pelos estudantes e professores em todas as fases de desenvolvimento do projeto, pois auxilia na escolha da melhor solução para resolução do problema
Processo de investigação	Estudantes e professores podem utilizar de ferramentas para estruturar e desenvolver o projeto, associando conhecimentos de outras áreas

Continua

Continuação do Quadro 1

Características essenciais da ABPj	
Característica	Descrição
Resultados apresentados publicamente	A disseminação do conhecimento e produto gerado no desenvolvimento do projeto devem ser difundidos entre seus pares, e até mesmo de uma maneira mais ampla, visando a propagação do conhecimento
Voz e escolha do aluno	Os estudantes são protagonistas do projeto e podem realizar escolhas durante a sua realização e execução

Fonte: Elaborado pelas autoras, com informações de Bender^(1,32)

CONCEBENDO A APRENDIZAGEM BASEADA EM PROJETOS

Os pontos fundamentais para a execução do planejamento das ações educativas fundamentado na metodologia da ABPj são apresentados a seguir:

Âncora do projeto: habitualmente, utiliza-se de algum tipo de “âncora” para introduzir um projeto. Ela pode ser apresentada aos estudantes de diferentes maneiras; imagens, vídeos, notícias, dados e informações de um determinado contexto. O objetivo da âncora é inserir o estudante na situação de aprendizado proposta. Idealmente o estudante deveria vivenciar e experienciar uma situação real, para na etapa seguinte contextualizá-la na construção da questão motriz e condução dos próximos passos do projeto.

Os professores devem ser bastante criativos ao desenvolverem âncoras, a fim de despertar nos estudantes o interesse em aprender e solucionar o problema. O uso de situações fictícias ou de mídias cotidianas é possível⁽¹⁾.

Questão motriz: trata-se de uma pergunta ou perguntas que identificam o centro ou foco do problema que será trabalhado no projeto. Em geral é construída pelos estudantes a partir da vivência de cenários reais, quando essa experiência não é possível a questão motriz “nasce” da explanação da âncora. Recomenda-se a construção de questões complexas, desafiadoras e intrigantes.

Alguns autores relatam ser possível a questão motriz ser construída pelos professores, de acordo com os objetivos de aprendizagem de um determinado conteúdo^(1,9,14).

Como os projetos podem ter duração diferentes, aqueles executados em longo prazo e envolvendo diversas disciplinas podem utilizar-se de diferentes questões motrizes que se complementam na resolução da situação problema. A questão motriz deve orientar a profundidade das pesquisas a serem realizadas nas fases seguintes.

Voz e escolha do estudante: a possibilidade dos estudantes se expressarem e escolherem quais questões serão respondidas e quais atividades serão desenvolvidas proporciona envolvimento e autonomia na construção do projeto. Habilidades e competências desejadas no processo de ensino aprendizagem.

Investigação, pesquisa e inovação: os professores são responsáveis pelo direcionamento desta fase, a fim de que os estudantes obtenham informações fidedignas, fundamentadas, confiáveis e atualizadas para proporcionar o desenvolvimento de soluções ao problema apresentado. O professor desempenha papel de facilitador, fornecendo instruções que instiguem os estudantes a pesquisarem, desenvolverem e inovarem^(9,10).

Proporciona a articulação entre a teoria e a prática. Essa fase estimula os estudantes a se aprofundarem no problema e na busca de soluções para que estas possam ser construídas por meio de referência científicas. Normalmente essa fase é bastante complexa e é fundamental a orientação dos professores durante todo o processo. Mesmo em projetos curtos, essa fase pode necessitar de um “espaço” maior de tempo no cronograma de execução do projeto.

Oportunidades para reflexão: os estudantes e professores são estimulados e orientados a realizarem durante todo o processo reflexões sobre seu próprio trabalho, pois a reflexão é uma poderosa ferramenta de melhoria no desenvolvimento de projetos. Enfatiza-se o desenvolvimento individual de habilidades e competências adquiridas durante o processo, quanto a reflexão grupal para a consolidação do trabalho em equipe e colaborativo^(1,9).

Feedback e revisão: o *feedback* deve ser realizado durante todo o processo de realização do projeto, por professores e estudantes. Deve ser planejado um tempo para essa atividade, porém pode surgir de maneira espontânea de acordo com a necessidade e fase do desenvolvimento do projeto.

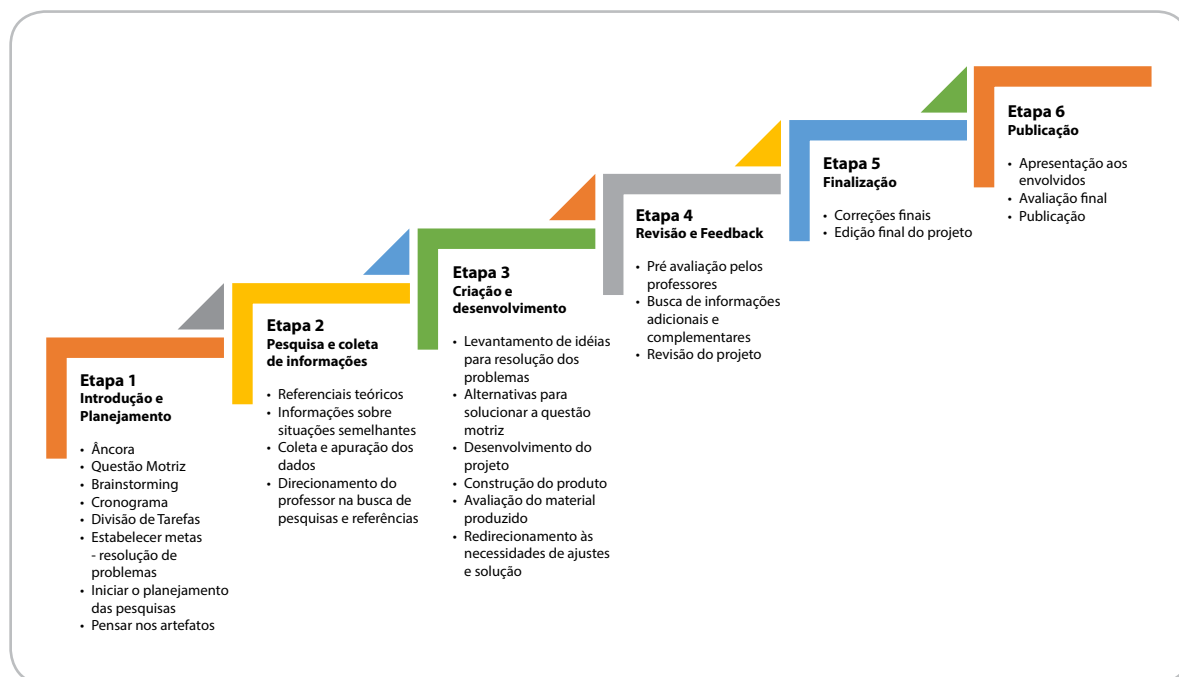
O *feedback* avaliativo pode ser formativo ou somativo, o primeiro deve acontecer durante todo o processo a fim de orientar o desenvolvimento adequado do projeto. O *feedback* somativo pode ser realizado na apresentação dos resultados finais, ou da entrega do produto construído ou até mesmo da implementação do projeto.

Apresentação dos resultados do projeto: a apresentação e divulgação dos projetos caracterizam-se como um encerramento da atividade educacional podendo ser expostos no cenário onde vivenciaram e levantaram o problema que determinou a construção do projeto a fim de ser resolvido ou na conclusão da disciplina. Recomenda-se assim, a apresentação formal e sistematizada do projeto por meio de comunicação oral, pôster dialogado e exposição de materiais digitais.

A disseminação do projeto pode se dar por meio das mídias sociais, de pesquisa e científicas, respeitando-se questões éticas e de proteção de dados. Incentiva-se, ainda, a difusão do conhecimento por meio de apresentações em eventos, atividades institucionais e científicas ^(13,14).

ETAPAS DA APRENDIZAGEM BASEADA EM PROJETOS:

As etapas para o desenvolvimento da metodologia ABPj, associando termos, conceitos e operacionalidade podem ser observadas no diagrama a seguir (Fig.1):



Fonte: Elaborado pelas autoras

Figura 1. Diagrama das Etapas da Aprendizagem Baseada em Projetos. São Paulo julho 2022

APRENDIZAGEM BASEADA EM PROJETOS COMO FERRAMENTAS AVALIATIVAS

Compreendemos a avaliação como um processo de promoção do aprendizado, desta forma o planejamento da avaliação está correlacionado a escolha da metodologia de ensino adotada.

A avaliação realizada por meio da ABPj tende a ser mais reflexiva e a compor a avaliação global dos estudantes. A maioria dos estudiosos em ABPj propõem a avaliação do projeto como avaliação somativa, e o processo de construção como avaliação formativa.

A dinâmica da metodologia, permeada por momentos de feedback, estimula e favorece modos de avaliações reflexivos alinhados ao projeto pedagógico do curso.

Há a possibilidade do desenvolvimento e aplicação de rubricas avaliativas. Muitos professores estão familiarizados com as rubricas, estas possuem uma boa orientação aos estudantes e proporcionam detalhes suficientes para avaliação durante o processo de desenvolvimento e conclusão do projeto ^(1,7).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, na literatura não há consenso de modelo de aplicação da metodologia ABPj, desta forma optamos por abordar a metodologia e seu uso baseada na experiência e vivência dos autores e referenciais mais comumente utilizados no Brasil. O aprofundamento na temática com estudos direcionados e aplicados à saúde pode elucidar melhores práticas, evidenciar potencialidades e fragilidades.

A ABPj favorece a integração curricular, durante o desenvolvimento do projeto, os estudantes atribuem significados aos conhecimentos adquiridos, no processo de aprender a aprender, desenvolvem e praticam escolhas, tomam decisões, e assumem responsabilidades de serem agentes de suas aprendizagens.

Apontamos a importância do uso de tecnologias na construção dos projetos voltados à resolução dos problemas reais do cenário de práticas a fim de fomentar o aprendizado dos estudantes no uso de ferramentas digitais em saúde.

Ressaltamos que a ABPj proporciona aos estudantes o desenvolvimento, habilidades e estratégias de gerenciamento de projetos, comunicação e argumentação, análise crítica, objetividade, trabalho em equipe, interdisciplinaridade, autonomia, competências cognitivas, socioemocionais e precisão de resultados.

REFERÊNCIAS

1. Bender WN. Aprendizagem baseada em projetos: educação diferenciada para o século XXI. Porto Alegre: Penso, 2014. 159 p.
2. Bacich L, Moran J. Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórica – prática. Porto Alegre: Penso, 2018. 238 p.
3. Barros MCS, Morais MLPV, Lima LM, Ribeiro ALG, Custódio IB, Hattori WT, et al. Aprendizagem baseada em projetos para o ensino-aprendizagem de Saúde Coletiva na Medicina: relato de experiência. Interface (Botucatu). 2021;25:e200167. <https://doi.org/10.1590/interface.200167>
4. Machuca C F. Evaluación del diseño de ciclos de mejora en estudiantes de enfermería de pregrado desarrollados a través del aprendizaje basado en proyectos. Enfermería (Montevideo). 2018;7(1):74-86. <https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1545>
5. Amaral JAA. Usando aprendizagem baseada em projetos para ensinar aprendizagem baseada em projetos: as lições aprendidas. Pro-Posições. 2021;32:e20180135EN. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2018-0135EN>
6. Arif Y, Putri ZM. Project-Based Learning (PjBL) Method: improving critical thinking and problem-solving skills for nursing students. In: 4th International Conference on Educational Development and Quality Assurance (ICED-QA 2021). Dordrecht: Atlantis Press, 2022. p. 48-52.
7. Guo P, Saab N, Post LS, Admiraal W. A review of project-based learning in higher education: student outcomes and measures, Int J Educ Res. 2020;102:101586. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2020.101586>
8. Buck Institute for Education. Aprendizagem baseada em projetos: guia para professores de ensino fundamental e médio. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
9. Kokotsaki D, Menzies V, Wiggins A. Project-based learning: a review of the literature. Impr Schools. 2016;19(3):267-77. <https://doi.org/10.1177/1365480216659733>
10. Pasqualetto TI, Veit EA, Araujo IS. Aprendizagem baseada em projetos no ensino de física: uma revisão da literatura. RBPEC [Internet]. 2017 [cited 2022 Jul 19];17(2):551-77. Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rbpec/article/view/4546>

11. Menezes KM, Candito V, Rodrigues CBC. Aprendizagem baseada em projetos: possibilidades para a educação em saúde no contexto escolar. RDE [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 22];13(Esp 2):453-64. Available from: <https://www.seer.ufal.br/index.php/debateseducacao/article/view/11356>
12. Antunes J, Nascimento VS, Queiroz ZF. Metodologias ativas na educação: problemas, projetos e cooperação na realidade educativa. Inform Educ [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 19];22(1). Available from: <https://seer.ufrgs.br/index.php/InfEducTeoriaPratica/article/view/88792>
13. Cecílio WAG, Tedesco DG. Aprendizagem Baseada em Projetos: relato de experiência na disciplina de Geometria Analítica. Rev Docência Ens Sup [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 26];9:1-20. Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/2600>
14. Markham T, Larmer J, Ravititz J, organizadores. Aprendizagem Baseada em Projetos: guia para professores de ensino fundamental e médio. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c06>

APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

Cândida Márcia de Brito¹

ORCID: 0000-0002-5777-5267

Helena Scaranello Araújo Miyazato¹

ORCID: 0000-0002-7993-6842

Margarete Maria Rodrigues¹

ORCID: 0000-0001-5793-7900

Mariana Bucci Sanches¹

ORCID: 0000-0003-3474-7375

Regina Cláudia da Silva Souza¹

ORCID: 0000-0001-6433-7700

¹Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

Cândida Márcia de Brito

e-mail: candidamarciadebrito@gmail.com

**Como citar:**

Brito CM, Miyazato HSA, Rodrigues MM, Sanches MB, Souza RCS. Problem Based Learning. In: Melaragno ALP, Fonseca AS, Assoni MAS, Mandelbaum MHS, organizadoras. Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 54-60 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c06>

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos, o aumento da concorrência e a imprevisibilidade recorrentes no mundo do trabalho acarretam alterações e adequações rápidas para atender às demandas provenientes dos que estão vivenciando os processos de ensino-aprendizagem. Desta forma, há um impacto intenso nas instituições de ensino para que ocorram as transformações essenciais à sociedade⁽¹⁾. Para a atuação profissional, um único método de ensino não atende, portanto os processos de ensino e de aprendizagem devem ser alterados⁽²⁾.

Estão sendo recorrentes os questionamentos acerca da aplicabilidade dos conhecimentos produzidos no campo do ensino em saúde e como devem ser utilizados no âmbito social. Para tanto, novas diretrizes e conceitos estão sendo utilizados nas práticas educacionais, considerando o estudante um sujeito ativo no processo. Esta valorização do educando segue acompanhada do maior compromisso com a sociedade e de se tornar os principais responsáveis pela reconstrução de seus conhecimentos. Essas demandas ampliam, ainda, os desafios das instituições responsáveis pela formação dos profissionais da saúde para que inovem no desenvolvimento dos processos de ensino e possam atender ao necessário à sociedade⁽³⁾.

O estímulo à inovação é potencializado pela atual configuração dos que ingressam nas escolas de nível superior. São estudantes da Geração Millennials, os quais tiveram acesso à grande quantidade de ferramentas digitais e imenso volume de informações, ou seja, a Geração da Internet cresceu e evoluiu conjuntamente com o mundo digital⁽¹⁾.

Contudo, fica evidente que há uma confusão sobre a inovação na área da educação, visto que o aprender não fica



diferenciado apenas com a utilização de recursos tecnológicos. Para que a tecnologia possa atuar de modo eficaz, ela precisa ser desenvolvida com embasamento em uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. Deste modo, ampliam-se as chances de amparar os perfis em constante mudança.

DEFINIÇÃO DE METODOLOGIA ATIVA (MA)

No sentido oposto ao modelo tradicional de ensino, estão as metodologias ativas, as quais ampliam e disseminam os saberes de modo exitoso. Os docentes que as utilizam passam a explorar possibilidades educacionais que exercitam o conhecimento transdisciplinar de maneira significativa⁽²⁾.

Metodologia ativa consiste, como o próprio nome sugere, em uma metodologia inovadora de ensino em que o estudante é protagonista do próprio aprendizado, deixando de ser passivo na obtenção do conhecimento. O estudante passa a identificar as lacunas do conhecimento e, assim, constrói um conhecimento mais sólido, pois busca preencher estas lacunas e desenvolve competências essenciais como motivação, trabalho em equipe e pensamento crítico para a resolução de problemas⁽⁴⁾.

Metodologias ativas constituem importante método na construção do conhecimento, pois desenvolvem habilidades outras na solução de problemas complexos, por exemplo, os problemas de saúde que os estudantes da mesma área devem solucionar durante a sua atuação profissional. Estas metodologias de ensino surgiram entre os anos de 1970 a 1980, em razão da necessidade de deslocar o aprendiz da posição de escutar os conteúdos transmitidos pelos professores (reconhecidamente detentores do conhecimento) que, até então, era a única estratégia didática e, colocá-lo na posição de compartilhamento e construção em conjunto com outros estudantes, onde o professor deixa a sua posição de superioridade e detentor do conhecimento para ser um facilitador no processo de construção de um novo conhecimento, passa a ser o facilitador da aprendizagem, que passa a ser significativa para os envolvidos no processo.

São diversos os estudos que comprovaram melhora no processo de ensino-aprendizagem e no desenvolvimento dos acadêmicos com a utilização das metodologias ativas. Há, ainda, evidência de aumento nos estímulos motivacionais dos estudantes para que possam resolver os problemas da realidade advinda da necessidade de compreender a relação da teoria com a prática. A utilização adequada deste tipo de metodologia favorece, também, o comprometimento individual em favor do coletivo e a metacognição, visto que proporcionam ao discente uma reflexão sobre seus próprios modos de aprender⁽⁵⁾.

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS EM MA

As estratégias que podem ser utilizadas em MA são: aprendizagem baseada em projetos; aprendizagem baseada em problemas; aprendizagem entre pares ou times; estudo de caso; gamificação; sala de aula invertida; simulação, entre outras.

ESTRATÉGIA PROBLEM BASED LEARNING

O *Problem Based Learning* (PBL) ou a também nomeada Aprendizagem Baseada em Problemas surgiu a fim de atender às necessidades de inovação para a construção de conhecimento ⁽¹⁾. Sendo que não é um modelo fechado, mas sim de fácil adaptabilidade já que aplica-se em diferentes tipos de ensino, assim como a diferentes disciplinas, além disso, torna a aprendizagem muito mais significativa para o estudante⁽²⁾.

O PBL é uma estratégia da MA muito potente⁽⁴⁾, porque possibilita ao aluno a construção do conhecimento a partir de uma situação-problema (SP), que seja real ou fictícia, na qual o aprendiz parte de um conhecimento prévio, identifica as lacunas de conhecimento e busca o aprendizado de acordo com sua necessidade de aprendizagem de modo ativo^(4,6).

O período compreendido entre o final dos anos 1960 e início dos anos 1970 pode ser descrito como propício para ideias novas, quebra de paradigmas em muitos assuntos, principalmente acerca da cultura, arte e comportamento. Para tanto, foi neste mesmo período que o PBL teve sua origem na Universidade de McMaster, Canadá, no curso de medicina^(3,7).

Compreendido como uma MA, o PBL traz consigo alterações na estrutura dos processos educacionais tidos como tradicionais. Dentre estas, podemos considerar a alteração significativa nos papéis de estudante e professor. O aprendiz passa a estar no centro do processo com papel ativo na busca pelo conhecimento para a solução de problemas. Após o esforço realizado no ato da pesquisa, encontrar a tão almejada solução passa a ser uma recompensa⁽⁶⁾. As atividades proporcionam trabalhos realizados de maneira grupal que desenvolvem o pensamento, as atitudes, os sentidos e até mesmo acentuam as relações entre docentes e discentes, além de unificar os objetivos de ambos: produzir e compreender sobre o objeto estudado⁽⁵⁾.

Pelos problemas elaborados para proporcionar conhecimento sobre as atividades futuras dos profissionais, o PBL motiva a aprendizagem e compreensão de conhecimentos distribuindo os estudantes em atividades com pequenos grupos^(3,7). Estas atividades devem ser realizadas em pequenos grupos (de 10 a 12 participantes + 1 facilitador)⁽⁶⁾.

Habitualmente, o PBL é descrito por sete passos, os quais podem sofrer variações em nomenclatura e descrição a depender da literatura considerada. Todavia, tais passos são essenciais para nortear as discussões e pesquisas advindas do processo. Seguem os sete passos em ordem cronológica de realização^(2,6):

1. distribuição e leitura do problema e identificação dos termos desconhecidos;
2. interpretação e discussão do texto. Identificação do problema central e das palavras-chave;
3. levantamento do conhecimento prévio com formulação de hipóteses (brainstorm);
4. resumir as hipóteses possíveis ao elaborar uma síntese da discussão;
5. elaboração dos objetivos de aprendizagem e identificação das estratégias de pesquisa a serem percorridas (as fontes bibliográficas sugeridas e os recursos disponíveis);
6. pesquisa e elaboração individual concernentes aos objetivos propostos;
7. síntese da abertura. Discussão do problema, dadas as pesquisas realizadas, efetivando a 'solução' do problema;
8. síntese final; elaboração posterior de relatório pelo relator⁽⁶⁾.

Os ditos problemas, ou situação-problema, utilizados para iniciar o processo previsto no PBL, aproximam os estudantes da realidade a ser enfrentada na vida profissional, ou seja, não há sempre uma resposta, oportunizando que a dúvida leve à reflexão das situações cotidianas⁽¹⁾. Sendo assim, este método não objetiva somente atender aos estudantes, mas também aos professores e até mesmo a sociedade como um todo, proporcionando a formação de profissionais que possuem a capacidade de aprender a aprender com criticidade em suas decisões⁽¹⁾.

Não se pode perder de vista que a responsabilidade pelo aprendizado é sempre do estudante. Entretanto, somente nos métodos ativos, os quais são centrados no estudante, é que esta posição fica em evidência⁽¹⁾. O estudante se torna o ator principal no processo de ensino-aprendizagem, ao invés de se manter como um objeto que apenas absorve o que é dito, ele passa a contribuir com a construção do próprio conhecimento. O processo culmina para a mudança, crescimento e deslocamento. Neste momento, a maior dificuldade passa a ser a responsabilização por suas falas, argumentos e gestão da pesquisa e do conhecimento advindo da mesma⁽⁶⁾.

Já os professores se deslocam para dar lugar ao estudante como protagonista de seu aprendizado. Agora, intitulado tutor, o docente passa a estimular a pesquisa, a busca pela interdisciplinaridade, a escuta e a discussão. Possuem, assim, a função de mediar e promover condições que garantam a produção do conhecimento

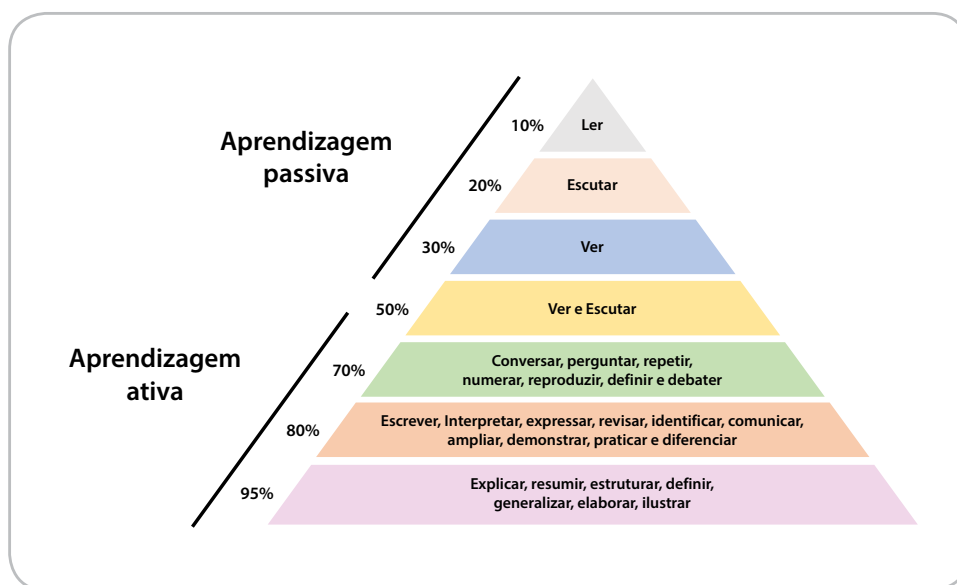
para facilitar a participação dos envolvidos^(1,2,6). Trata-se de uma demanda alta, mas distinta do papel que o professor antes ocupava. Todavia, este docente passará a lidar com estudantes cada vez mais ativos, com questionamentos, argumentos e que realizam falas com base em argumentos científicos. Não obstante, o fato de o grupo ser pequeno aproxima professores e estudantes permitindo que se conheçam em relação a interesses e tempos de aprendizado⁽⁶⁾.

Portanto, faz-se essencial que o professor tenha conhecimento acerca dos princípios pedagógicos e filosóficos do PBL para que possa operacionalizar esta ferramenta de maneira satisfatória implicando na formação dos grupos, na elaboração dos problemas a serem utilizados, na execução de relatórios e nos processos avaliativos⁽¹⁾. Deste modo, o PBL estimula não somente o estudante, mas também os professores para que se mantenham em constante evolução no aprendizado e aperfeiçoamento para que, assim, vençam os constantes desafios das práticas docentes⁽²⁾.

OBJETIVOS DA APRENDIZAGEM

É consenso na literatura de que o PBL é um método que induz ao aprendizado integrado, contextualizado e transdisciplinar, visto que promove a interligação dos conhecimentos e a ampliação de habilidades e atitudes decorrentes do processo como um todo, ou seja, desenvolve competências aplicáveis em diversos contextos da vida do futuro profissional⁽²⁾. Com base nos princípios do construtivismo, o PBL considera que o aprendizado se faz com o acúmulo do conhecimento construído e reconstruído de modo constante, não se tratando de mero processo de recepção passiva de informações. Ao estimular estruturas cognitivas preexistentes acerca do tema, este método permeia o processo de transformação da informação em conhecimento^(1,3). Partindo da utilização de problemas semelhantes à vida real, este método considera os saberes e vivências anteriores dos estudantes para que possam aprender significativamente e aplicar tais aprendizados no cotidiano profissional^(1,3).

Para facilitar o entendimento de como o PBL proporciona a apreensão de conhecimentos, utilizamos a pirâmide da aprendizagem de William Glasser⁽⁴⁾ (Fig 1), a qual evidencia como os humanos aprendem em diversos níveis:



Fonte: Adaptado de Santos MEKL dos, Luz JOC da, Martins PB. 2020⁽⁸⁾.

Figura 1 - A pirâmide de aprendizagem de William Glasser. São Paulo, julho 2022

Além de conhecimento teórico, os estudantes desenvolvem competências em argumentação, pensamento crítico, comunicação, raciocínio lógico e clínico (no âmbito da saúde), avaliação, colaboração, compartilhamento e tomada de decisão. Por meio do PBL, o estudante passa a ser o centro no processo de aprendizado, não é mais o professor que é o responsável pela transmissão do conhecimento; a aprendizagem neste modelo, por ser ativa, constitui um novo conhecimento através da busca bibliográfica (conhecimentos teóricos) e do compartilhamento de conhecimentos adquiridos⁽³⁾.

Faz-se necessário evidenciar que o aprendizado e o desenvolvimento de competências de comunicação e socialização dependem diretamente do empenho de cada estudante no decorrer das atividades propostas⁽²⁾.

A utilização deste método de ensino-aprendizagem ganha forças nos cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde, pois proporcionam o desenvolvimento de competências essenciais para os profissionais desta categoria tais como raciocínio clínico, promoção da autonomia, trabalho em equipe e interesse pelo aperfeiçoamento do conhecimento científico individual. Deste modo, desenvolvem-se trabalhadores críticos reflexivos com o hábito de preencher as lacunas de conhecimento sempre que identificadas^(1,2).

APLICABILIDADE DO PBL

O PBL é uma estratégia aplicável⁽⁴⁾, por exemplo, na área da saúde, para conceituar as doenças, esquematizar a fisiopatologia das doenças, listar os sinais e os sintomas que os pacientes possam apresentar correlacionando com a doença estudada e definir o tratamento daquela determinada doença.

Ainda é aplicável no estudo de anatomia, fisiologia, farmacologia (farmacodinâmica e farmacocinética), dentre outras, de maneira sem fragmentar o conhecimento e, rompendo com o modelo tradicional e cartesiano, mas, pelo contrário, de maneira complementar, construindo um novo aprendizado, baseado em uma situação problema (SP) e a fim de solucionar problemas complexos que são apresentados pela sociedade onde o aluno está inserido⁽⁸⁾.

Deve-se considerar que, para implantação e aplicação do PBL nas escolas de ensino superior, há necessidade de nova estruturação dos currículos. Todos os agentes envolvidos nos processos devem ser levados em conta, assim como os demais métodos e estratégias educacionais. Orienta-se que este processo seja faseado e com constante avaliação e intervenções para melhoria⁽⁹⁾.

Para clarear a compreensão, descreveremos a seguir uma situação problema.

SP: paciente com 18 anos procurou a unidade básica de saúde com queixas de cansaço, desconforto abdominal após alimentação, aumento do volume urinário e do número de micções ao longo do dia. No último mês, começou a se levantar à noite para urinar e refere que não tinha este hábito. Sente muita sede e muita fome. Refere emagrecimento de 10 quilos em um mês.

Após a leitura individual da SP e o compartilhamento do entendimento com os membros participantes da atividade, ocorre uma construção, em grupo, das questões de aprendizagens que deverão ser estudadas individualmente, para que, na próxima atividade agendada, sejam compartilhadas as informações e referências encontradas individualmente com o grupo. Após o compartilhamento dos diferentes achados ocorre a construção do novo conhecimento.

Objetivando sistematizar as informações para que o leitor verifique se este método é o mais adequado às suas necessidades, elaboramos um compilado com benefícios e pontos de atenção (Quadro 1 e 2)

Quadro 1 – Benefícios e pontos de atenção do PBL São Paulo, julho, 2022.

Estudante aprende a aprender ^(10,11)
Melhor autoeficácia do estudante ⁽¹²⁾
Interação dos saberes ⁽²⁾
Propicia reflexão por parte do estudante e o prepara para lidar com suas emoções ⁽³⁾
Maior interação entre os pares (estudante com estudante) e do professor com o estudante ^(5,13)

- É uma ferramenta potente porque torna a aprendizagem mais dinâmica e prazerosa para os envolvidos no processo^(7,13)
- Proporciona mais colaboração entre os participantes, durante o processo⁽⁷⁾
- Promove o sentimento de grupo entre docentes⁽⁷⁾
- Facilita a atualização dos currículos dentro das instituições de ensino e nos programas pedagógicos⁽⁷⁾
- Instrumentaliza o estudante a superar os diferentes desafios que enfrentará durante a sua atuação⁽⁵⁾
- As atividades, por serem mais dinâmicas que as aulas expositivas, facilitam o processo de aprendizagem dos estudantes⁽¹¹⁾

Fonte: Adaptado ^(2,3,5,7,10-13)

Quadro 2 – Pontos de atenção do PBL. São Paulo, julho 2022.

- Apenas a formação dos professores não é garantia de transformação do ensino e nem das práticas pedagógicas⁽³⁾
- Estudantes com personalidade mais tímida e/ou competitiva podem apresentar dificuldade nesse ambiente de cocriação de conhecimentos^(7,13)
- O PBL exige mais tempo do que as metodologias tradicionais de ensino⁽⁷⁾
- Os professores podem sentir algum desconforto psíquico, na medida em que podem se sentir testados em relação à sua flexibilidade e conhecimentos⁽⁷⁾
- A própria capacitação do corpo docente para trabalhar com PBL é muito desafiadora⁽¹⁰⁾
- Exige mais tempo de estudo individual⁽¹⁰⁾
- A implementação da metodologia pode gerar insegurança⁽⁵⁾
- Os espaços de estudo para os estudantes também devem favorecer a pesquisa, como por exemplo, salas para trabalhar em grupo, biblioteca, laboratório e sala com computadores⁽⁵⁾
- Por tratar-se de um método que prevê a cocriação de conhecimento, as ausências dos estudantes nas atividades implicam diretamente no resultado do aprendizado⁽⁵⁾
- Necessidade de formação contínua e atualizada dos tutores que implementarão o PBL⁽¹⁴⁾
- Dificuldade dos tutores avaliarem os aprendizes além de conhecimento técnico e científico, também em nas competências atitudinais⁽¹⁴⁾
- Necessidade de melhoria contínua das habilidades dos tutores que aplicam o PBL⁽¹³⁾
- Ferramentas adequadas para que os professores possam reconhecer a qualidade do material pesquisado e compartilhado pelos alunos⁽¹¹⁾
- As dúvidas que surgem durante as atividades nem sempre são sanadas nas discussões⁽¹¹⁾
- Os aprendizes apontam alguns desafios neta metodologia, como por exemplo, planejamento da agenda para estudar e reconhecer a nova função dos facilitadores⁽¹⁵⁾
- Reconhecimento da singularidade dos estudantes em relação à adaptação à nova metodologia⁽¹⁵⁾
- Necessidade de esclarecimentos precoces, aos estudantes, no ingresso à faculdade sobre os pressupostos fundamentais do PBL⁽¹⁵⁾
- Dificuldade, por parte das coordenações, dos docentes e da psicopedagogia nessa transição e, sobretudo, na identificação daqueles estudantes com mais dificuldade⁽¹⁵⁾
- A implementação desta metodologia também exige algumas adaptações da direção das instituições, como, esclarecer as dúvidas que tanto estudantes quanto facilitadores possam apresentar durante o processo⁽¹¹⁾
- Outro aspecto que deve ser pensado é como abordar e alavancar conteúdos mais teóricos dentro dessa perspectiva e, em quais momentos, devem ser introduzidos para não descaracterizar a proposta ativa de aquisição de conhecimentos⁽¹³⁾

Fonte: Adaptado ^(3,5,7,10,11,13-15)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de metodologias inovadoras, em especial a MA de aprendizagem, tem desafiado professores e estudantes, ao longo do tempo. Por meio das MA's, os estudantes têm mais possibilidades de desenvolver o pensamento crítico e reflexivo, a fim de aprofundar seu conhecimento nas realidades complexas onde atuará como profissional da saúde.

Todavia, não há qualquer comprovação científica sobre uma supremacia de método de ensino-aprendizagem. Sempre se deve considerar o educando, seu contexto e o objeto a ser compreendido para que se defina

a melhor metodologia a ser adotada. Ensinos ativos e tradicionais possuem qualidades e melhor adequações para as mais distintas situações.

REFERÊNCIAS

1. Borochovcicius E, Tortella JCB. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. Ensaio: Aval Pol Públ Educ. 2014;22(83):263–94. <https://doi.org/10.1590/S0104-40362014000200002>
2. Souza SC, Dourado L. Aprendizagem baseada em problemas (abp): um método de aprendizagem inovador para o ensino educativo. Rev Holos. 2015;31(5):182-200. <https://doi.org/10.15628/holos.2015.2880>
3. Moraes MAA, Manzini EJ. Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na Famema. Rev Bras Educ Med. 2006;30(3):125–35. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022006000300003>
4. Santos MZ, Otani MAP, Tonhom SFR, Marin MJS. Degree in Nursing: education through problem-based learning. Rev Bras Enferm. 2019;72(4):1071–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0298>
5. Borochovcicius E, Tassoni ECM. Aprendizagem Baseada em Problemas: uma experiência no ensino fundamental. Educ Rev. 2021;37:e20706. <https://doi.org/10.1590/0102-469820706>
6. Queiroz A. PBL, problemas que trazem soluções. Rev Psicol, Divers Saúde [Internet]. 2012 [cited 2022 Jul 30];1(1). Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/36>
7. Ribeiro LRC. Aprendizagem baseada em problemas (PBL) na educação em engenharia. Rev Ensino Eng. 2008;27(2):23-32.
8. Carbogim FC, Oliveira LB, Toledo MM, Diaz FBBS, Bittencourt GKGD, Püschel VAA. Active teaching model to promote critical thinking. Rev Bras Enferm. 2019;72(1):293–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0002>
9. Gomes RM, Brito E, Varela A. Intervenção na formação no ensino superior: a aprendizagem baseada em problemas (PBL). Interacções [Internet]. 2016 [cited 2022 Jul 30];12(42). Available from: <https://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/view/11812>
10. Ronn AP, Medeiros DSS, Mota WP, Porto VCH, Barroso MG. Evidências da efetividade da aprendizagem baseada em problemas na educação médica: uma revisão de literatura. Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 30];(11). Available from: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/3607>
11. Dias MCJ, Barros KVM. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a aprendizagem baseada em problemas [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 30]; Available from: <http://tcc.fps.edu.br:80/jspui/handle/fpsrepo/614>
12. Lopes JM, Castro JGF, Peixoto JM, Moura EP. Autoeficácia de Estudantes de Medicina em Duas Escolas com Metodologias de Ensino Diferentes: Aprendizado Baseado em Problemas versus tradicional). Rev Bras Educ Med. 2020;44. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.2-20190187>
13. Rodrigues E, Magalhães GG, Francisco M, Padilha A. Aprendizagem baseada em problemas: como se engajam os docentes na área da saúde? Rev Interdiscip Gestão, Educ, Tecnol Saúde - GETS [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 30];3(2). Available from: <https://ojs3x.gets.science/index.php/gets/article/view/28>
14. Rezende KTA, Costa MCG, Rodrigues ME, Tonhom SFR. Aprendizagem Baseada em Problemas em um Curso de Medicina: desafios na sua implementação. Rev Bras Educ Med. 2020;44. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20190222>
15. Silva STG, Ferreira EKF, Falbo AR. Medical student's adaptation to problem-based learning: a qualitative study [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 30]; Available from: <http://tcc.fps.edu.br:80/jspui/handle/fpsrepo/1036>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c07>

APRENDIZAGEM BASEADA EM TIME

Mariana Bucci Sanches¹

ORCID: 0000-0003-3474-7375

Regina Cláudia da Silva Souza¹

ORCID: 0000-0001-6433-7700

Cândida Márcia de Brito¹

ORCID: 0000-0002-5777-5267

Helena Scaranello Araújo Miyazato¹

ORCID: 0000-0002-7993-6842

Margarete Maria Rodrigues¹

ORCID: 0000-0001-5793-7900

¹Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sirio-Libanês.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

Mariana Bucci Sanches

E-mail: <mailto:maribucci10271@gmail.com>



Como citar:

Souza RCS, Sanches MB, Brito CM, Miyazato HSA, Rodrigues MM. Team Based Learning. In: Melaragno ALP, Fonseca AS, Assoni MAS, Mandelbaum MHS, organizadoras. Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 61-7 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c07>

INTRODUÇÃO

O *Team-based learning* (TBL) é definido como uma metodologia ativa de ensino de caráter instrucional que proporciona aos estudantes a utilização de conhecimentos conceituais por meio de uma sequência de atividades que inclui trabalho individual, em equipe e feedback imediato⁽¹⁾.

A estratégia foi desenvolvida por Larry Michaelsen, na década de 1980, nos Estados Unidos, para os cursos de administração, em resposta ao aumento do número de alunos por classe, com a finalidade de obter os benefícios do trabalho em pequenos grupos de aprendizagem, de modo que se possa formar equipes de cinco a sete estudantes, que trabalhariam no mesmo espaço físico (sala de aula)^(1,2). É uma estratégia que pode ser utilizada para grupos com mais de 100 estudantes e para turmas menores, com até 25 alunos⁽²⁾.

Como vantagem, o TBL possibilita a oportunidade do ensino contínuo de maneira a engajar grande número de estudantes envolvidos na tomada de decisão e promover a discussão ativa em pequenos grupos⁽¹⁾. Outro diferencial do TBL é ir além da transferência de conteúdos conceituais, é uma estratégia de aprendizagem centrada no aluno e que permite o desenvolvimento de competências que incluem tomada de decisões para solução de problemas, desenvolvimento de habilidades interpessoais, argumentação, trabalho em equipe, autonomia, senso crítico, autodidatismo, além disso, é uma alternativa para o PBL (*Problem-based Learning*), pois o TBL mantém a vantagem de ensino-aprendizagem em pequenos grupos sem a necessidade de grande número de tutores e pode ser aplicada como atividade on-line^(3,4).



JUSTIFICATIVA

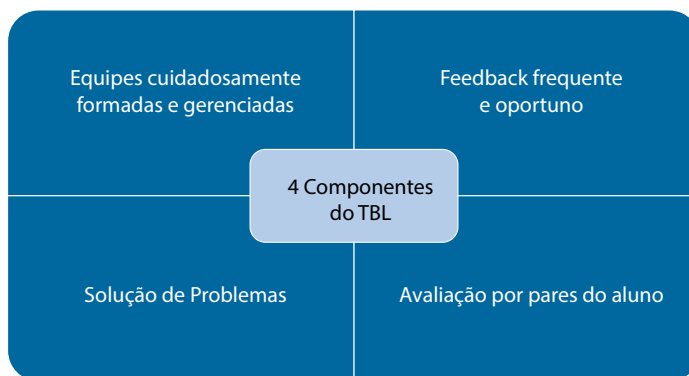
Incorporar tecnologias de educação ativas e inovadoras é fundamental para que se possa desenvolver competências cognitivas, sociais e afetivas nos estudantes, uma vez que o principal foco de formação deve ser o crescimento intelectual associado ao humano.

A educação é um constante desafio, não só pelas exigências técnicas e metodológicas, mas também pela necessidade de engajar as pessoas no processo. Esse aspecto é essencial para ambos, estudantes e professores, visto que a aprendizagem significativa é uma troca de saberes. Entre os pilares da educação contemporânea, o aprender a aprender e o aprender a conviver estão intimamente articulados com o *TBL*, ao demonstrar que essa estratégia pode contribuir de forma positiva para o aprendizado, especialmente entre os estudantes das áreas da saúde.

Portanto, a aprendizagem baseada em equipes auxilia na construção do saber coletivo e favorece um ambiente onde as pessoas possam criar, discutir ideias e transformar a sociedade.

O QUE É O TBL?

O *TBL* é uma abordagem inovadora para o aprendizado centrado no aluno, com apoio do método de sala de aula invertida de educação em saúde⁽⁵⁾. As atividades de um *TBL* em sala de aula oferecem uma sessão de ensino interativa, liderada por especialistas, que permite que grande número de alunos trabalhe em pequenas equipes para aplicar o conteúdo a problemas específicos⁽⁶⁾. O *TBL* possui componentes chaves (Figura 1) e formato sequenciado que oferece oportunidades para aplicar e desenvolver o conhecimento conceitual por meio de uma série de etapas que envolvem preparação, teste de garantia de preparo, feedback e aplicação do conhecimento por meio da resolução de problemas clínicos e/ou atividades². Por meio dessas etapas, os alunos são incentivados a autoaprender, analisar, comunicar, colaborar, especular, raciocinar e resolver problemas em pequenas equipes^(2,6,7).



Fonte : adaptado de Burgess A et al. 2020⁽⁷⁾

Figura 1 - Componentes do TBL. São Paulo, julho 2022

EQUIPES CUIDADOSAMENTE FORMADAS E GERENCIADAS

O processo de formação da equipe deve ser transparente para garantir que não haja equipes preexistentes baseadas em grupos de afinidade para garantir que tenha diversidade de alunos (por exemplo, conhecimento prévio, mistura de gênero, educação, formação)⁸. Embora os métodos de alocação aleatória evitem a formação de grupos afinidades, esses métodos podem não atingir adequadamente a diversidade necessária de características do aluno dentro de cada equipe⁷. É recomendado que as equipes de alunos “permaneçam

juntas o maior tempo possível”, para melhorar a dinâmica da equipe, a confiança e a diversidade de recursos dentro do grupo, a continuidade do aprendizado e a coesão das equipes ⁽¹⁾.

FEEDBACK FREQUENTE E OPORTUNO

O feedback é fornecido aos alunos por meio de um teste denominado de garantia de preparo que é aplicado em dois momentos individual e, posteriormente, em equipe, em inglês “Individual Readiness Assurance Test – iRAT e Group Readiness Assurance Test- GRAT” respectivamente ^(1,3).

As respostas são discutidas imediatamente após a conclusão do teste de garantia de preparo em equipe; os esclarecimentos são fornecidos pelos facilitadores por meio do feedback imediato, permitindo que os alunos ampliem a compreensão e seu nível de conhecimento do conteúdo abordado. Outro ponto vantajoso da estratégia é a identificação de lacunas na compreensão dos alunos pelos facilitadores, ao desafiar os alunos a exercitarem seu pensamento crítico por meio de questões de acompanhamento em vez de aulas expositivas. O feedback é fundamental para a aquisição e retenção de conhecimento e influencia positivamente no desenvolvimento da equipe ⁽⁸⁾.

SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Para a resolução de problemas clínicos (casos clínicos), as equipes devem utilizar o conhecimento coletivo, raciocínio clínico, conhecimento ético, habilidades e valores.⁷. Recomenda-se utilizar o princípio dos “quatro S’s” em inglês (*significant problem, same, problem specific response, simultaneous reporting*) para elaboração do TBL, ou seja, problema significativo, mesmo problema, resposta específica e relato simultâneo. É importante ressaltar que a utilização da resposta específica (ou seja, melhor resposta única), para o TBL com profissionais de saúde pode restringir o potencial de discussão e pensamento crítico dos alunos ⁽³⁾.

AValiação POR PARES DO ALUNO

É recomendada a utilização da avaliação por pares no TBL - os alunos são encorajados a realizar um feedback quantitativo e qualitativo aos seus respectivos membros da equipe. Essa avaliação deve refletir em uma medida confiável e de carácter formativo em relação ao comportamento profissional dos alunos.^{1,3,8} A avaliação pelos pares fornece um incentivo para que os alunos contribuam positivamente para a resolução de problemas e aprendizagem do grupo, e ajuda a garantir a responsabilização dos alunos. Além disso, exercitar feedback construtivo é uma habilidade profissional importante para os estudantes ⁽⁹⁾.

COMO APLICAR O TEAM- BASED LEARNING (TBL)?

ETAPA 1 – PREPARAÇÃO

Nessa etapa, o aluno precisa cumprir uma tarefa que pode ser ler, assistir a uma palestra, um vídeo ou realizar uma entrevista, de acordo com instruções prévias, claras e articuladas com os objetivos de aprendizagem que o professor escolheu conforme conteúdo e profundidade da compreensão do aluno. O aluno deve receber um prazo adequado para esta etapa ⁽⁹⁾.

Tarefas exaustiva ou extensa de leitura e/ou objetivos superficiais e/ou vagos devem ser evitados ⁽⁹⁾.

ETAPA 2- GARANTIA DE PREPARO

Esta etapa é denominada de Teste de Garantia de preparo, e em inglês Readiness Assurance Test (RAT). Nesse momento da estratégia, um conjunto relativamente curto de perguntas é utilizado (por exemplo,

questionário, exame ou teste) com o objetivo de avaliar a compreensão dos principais conceitos presentes nos conteúdos preparatórios no nível necessário para a resolução de problemas, análise, avaliação e/ou ⁽⁹⁾.

Esta etapa tem quatro estágios que devem ser seguidos sequencialmente e que giram em torno de permitir que o aluno, os pequenos grupos e todo o grupo socializem o conteúdo ⁽⁹⁾.

1. *Individual Readiness Assurance Test* (iRAT) - os alunos fazem o teste individualmente sobre as questões relacionadas ao conteúdo.
2. *Group Readiness Assurance Test* (gRAT) - os pequenos grupos (equipes) fazem o mesmo teste realizado individualmente e definem a melhor alternativa para responder cada questão do teste.
3. *Apelação* - os alunos e os grupos são encorajados a enviar apelações por escrito, caso pensem que uma pergunta no teste foi ambígua ou equivocada.
4. *Feedback* - o professor conduz uma breve discussão envolvendo todas as equipes como revisão do teste e do conteúdo.

Essa etapa tem duração de cerca de uma hora, sendo impactada pelo número de questões. O ideal é um teste de múltipla escolha com 10 a 12 perguntas que devem incluir postos-chave do conteúdo preparatório. As questões podem ser elaboradas baseadas em complexidade, ou seja, algumas muito concretas e focadas em um único conceito, enquanto outras podem envolver vários conceitos. Recomenda-se que o tempo seja dividido em:

- a) 10 a 15 minutos para o iRAT;
- b) 20 minutos para o gRAT;
- c) 10 minutos para as apelações;
- d) 10 a 15 minutos para o feedback do professor.

ETAPA 3- APLICAÇÃO

Essa etapa é considerada como a essência do TBL, porque é quando os alunos, em suas equipes e mais tarde na discussão em grande grupo, aprendem como usar os conceitos para pensar criticamente sobre uma situação. As situações apresentadas aos alunos nessa etapa podem ser uma experiência clínica ou científica com uma pergunta de acompanhamento ⁽⁹⁾.

O que pode ocorrer na etapa de preparo (RAT) ou em uma ou mais sessões posteriores após a conclusão do RAT? A definição pelo melhor momento para a aplicação dependerá da natureza e o desenho do curso dos objetivos de aprendizagem e a preferência individual do professor ⁽²⁾.

O professor deve ter a compreensão que o ponto mais importante de todas as etapas é que a maior parte do aprendizado ocorre na discussão da tarefa em equipe. É quando os alunos discutem e argumentam sobre a lógica da escolha final. Dessa maneira, o professor é incentivado a reservar uma parte significativa do tempo para a discussão da tarefa em equipe e uma parte menor para a discussão em grande grupo das decisões da equipe. Quando as atividades envolverem a entrega de material escrito pelas equipes, o professor deve recolher esse material antes da discussão no grande grupo ⁽⁷⁾.

Esse processo deve ser realizado seguindo duas fases ⁽⁷⁾:

- a) primeira- a mesma tarefa é dada a todas as equipes que podem trabalhar na questão por um período;
- b) segunda: todas as equipes trabalham com o professor no grande grupo para avaliar e discutir a questão.

Algumas “regras” simples, conhecidas como 4S, auxiliam na construção dessa etapa ⁽⁷⁾:

- (1) significativo para o aluno (*Significant*);
- (2) a mesma tarefa para todos os alunos (*Same*);
- (3) planejado para fazer uma escolha específica (*Specific choice*); e,
- (4) relatado simultaneamente pelas equipes (*Simultaneously*)

Para ser significativo para o aluno, ele deve ser capaz de entender a relevância do tema para sua formação. Porém, essa característica é a parte mais desafiadora da implementação do TBL. Trabalhar de forma colaborativa ou pelo menos pedir a outro professor para analisar o conteúdo elaborado e que será trabalhado com os alunos é uma boa maneira de melhorar a qualidade do TBL ^(7,9).

O uso da mesma tarefa para todas as equipes é essencial por duas razões: a logística para uma discussão em grande grupo, em vez de uma discussão de vários temas e que todos tenham tido a chance de pensar sobre a mesma tarefa para incentivar o máximo de aprendizado ^(7,9).

A lógica da escolha específica é muito importante para o TBL, porque diferentemente de outros métodos de aprendizado que permitem perguntas abertas, essa perspectiva estimula o pensamento crítico, fazendo com que os estudantes escolham entre várias opções, a que melhor representa a sua opinião ⁽⁷⁾. Dessa forma, os alunos aprendem a tomar decisões nos níveis individual, de equipe e de sessão coletiva. A estrutura do teste parece semelhante ao teste de perguntas de múltipla escolha de resposta única, mas ele pode ir além disso, permitindo mais de uma das opções estarem corretas. O raciocínio que a equipe usou para selecionar a opção escolhida é a essência do trabalho. A equipe deve ser capaz de explicar logicamente a alternativa escolhida por meio oral ou escrito. O aprendizado se sustenta no aluno ao discutir com sua equipe as várias vantagens e desvantagens das opções e ao fazer uma escolha específica ⁽⁹⁾.

O relato simultâneo das alternativas das equipes também é importante para o TBL. Uma vez que o processo de escolha específica da equipe fortalece o aprendizado na etapa de aplicação, é recomendado que todas as equipes relatem simultaneamente qual opção escolheram para que nenhuma equipe possa se basear na escolha de outra equipe ⁽⁷⁾. Qualquer equipe pode ser solicitada a argumentar sobre sua escolha e deve estar preparada para fazê-la. Esse momento pode ser realizado quando da entrega a cada equipe um conjunto de cartazes numerados que correspondem às várias alternativas e o professor anuncia a todos os alunos que todas as equipes devem levantar o cartaz que corresponde a escolha em um determinado momento. Em seguida, o professor inicia uma discussão solicitando, aleatoriamente, a uma equipe que indique um ponto que eles consideraram em sua decisão, como também permite a outras equipes que respondam sobre esse ponto e adicionem um ponto da discussão de sua equipe. O professor orienta a discussão e pergunta às outras equipes o motivo das escolhas diferentes. Para esta etapa estima-se no máximo 90 minutos ⁽²⁾.

ETAPA 4 – AVALIAÇÃO

Nesta etapa os alunos são avaliados pelo seu desempenho individual e pelo seu resultado em equipe. A avaliação entre os pares também é encorajada para potencializar o senso de responsabilização⁷.

Toda a atividade do TBL não deve exceder 2h30min ⁽⁷⁾.



Fonte: Adaptado de Burgess et al. 2014, 2020 ^(2,7)

Figura 2 – Etapas do TBL. São Paulo, julho 2022.

TBL ON-LINE

Antes da pandemia, já era bem expressivo o número de estudantes que realizava suas atividades on-line. Em 2014, nos EUA, entre cerca de 20,4 milhões de estudantes que estavam matriculados no ensino superior, 28% ou 5,8 milhões de alunos faziam pelo menos alguns de seus cursos a distância e metade desses ou quase 3 milhões de alunos estudavam todos eles a distância ⁽⁸⁾.

Durante a pandemia, esse número de estudantes que faziam atividades educacionais on-line aumentou exponencialmente; sendo necessária a adaptação de estratégias educacionais para um novo modelo de trabalho. Para enfrentar esses desafios, alguns educadores estão adotando do Team-Based Learning (TBL) no formato on-line, sendo que essa estratégia de aprendizagem é efetiva para garantir uma aprendizagem eficaz em pequenos grupos ⁽¹⁰⁾.

O *Quality Matters Rubric for Higher Education 5th edition* é um guia que garante as melhores práticas para o desenvolvimento de cursos on-line ⁽¹¹⁾. A *Quality Matters* é uma organização sem fins lucrativos de garantia de qualidade com o objetivo principal de ajudar os educadores a usar as melhores práticas em educação on-line ⁽¹²⁾. De acordo com a *Quality Matters*, as melhores práticas para o desenvolvimento do TBL on-line devem incluir os quatro componentes críticos: orientação, processo de garantia de aprendizagem, exercícios de aplicação e avaliação por pares.

Algumas considerações relacionadas às necessidades tecnológicas precisam ser destacadas como o processo de comunicação entre o professor e os alunos e os requisitos técnicos. Os alunos têm cinco perguntas frequentes quando iniciam um curso on-line, que devem ser abordadas no início do aprendizado ⁽¹³⁾:

1. qual é o tempo e esforço necessários para concluir com sucesso uma atividade on-line?
2. quais são as habilidades técnicas necessárias para obter sucesso em uma atividade on-line?
3. como posso obter acesso ao software e hardware necessários para a participação em uma atividade on-line?
4. como posso me comunicar com o professor?
5. como posso me comunicar eficazmente com meus colegas?

Em um ambiente de aprendizagem online mediado por tecnologia, os recursos para estudo individual prévio podem ser o uso de mídias variadas como vídeos, podcasts, palestras gravadas, recursos de biblioteca on-line e capturas de tela que atendem a diferentes estilos de aprendizagem e padrões de acessibilidade ⁸?

As ferramentas que facilitam a divisão e a interação das equipes também devem ser usadas. Existem tecnologias para apoiar o TBL on-line em sistemas robustos e completos como InteDashboard™ e o OpenTBL™ que são projetadas especificamente para dar suporte a todas as etapas do TBL on-line. Essas tecnologias possibilitam relatórios simultâneos de exercícios de aplicação e a coleta de entrada de avaliação por pares, análise de resultados e a divulgação dos resultados aos alunos ⁽⁸⁾.

Com relação à avaliação por pares, os professores podem fazer um ciclo para coletar e divulgar os resultados da avaliação por pares semelhante ao que usariam em uma sala de aula presencial. O feedback frequente é essencial não apenas do professor, assim como dos próprios alunos. Esse processo é importante para que os alunos possam desenvolver confiança e um sentimento de pertencimento a sua equipe, que é fundamental para a retenção de conhecimento ⁽⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TBL é uma estratégia ativa de ensino de carácter instrucional que permite o preparo e desenvolvimento de competências como raciocínio clínico, senso crítico e habilidades interpessoais necessárias ao contexto do cuidado.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a oportunidade de compartilhamento de saberes que a ABEn Seção São Paulo nos proporcionou com a elaboração deste capítulo. Agradecemos a Professora Doutora Ariadne Fonseca pela confiança e apoio ofertados.

REFERÊNCIAS

1. Parmelee D, Michaelsen LK, Cook S, Hudes PD. Team-based learning: a practical guide: AMEE guide no. 65. *Med Teach*. 2012;34(5):e275-87. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.651179>
2. Bollela VR, Senger ML, Tourinho FSV, Amaral E. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2014;(3):293-300. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i3p293-300>
3. Burgess AW, McGregor DM, Mellis CM. Applying established guidelines to team-based learning programs in medical schools: a systematic review. *Acad Med*. 2014;89(4):678-88. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000162>
4. Camargo F, Daros T. A sala de aula digital: estratégias pedagógicas para fomentar o aprendizado ativo, on-line e híbrido. Porto Alegre: Penso, 2021. 255 p.
5. Burgess A, Mellis C. Team-based learning in health care education: maintaining key design elements. *J Nurs Care*. 2015; S1:007. <https://doi.org/10.4172/2167-1168.S1-008>
6. Parmelee DX, AL-Kadi AS. Team-based learning. In: Huggett KN, Jeffries WB. *An introduction to medical teaching*. 2nd ed: Dordrecht, Springer Netherlands; 2014. p. 69–76.
7. Burgess A, van Diggele C, Roberts C, Mellis C. Team-based learning: design, facilitation and participation. *BMC Med Educ*. 2020 ;20(Suppl 2):461. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02287-y>
8. Clarck M, Merrick LC, Styron J, Dolowitz AR, Dorius C, Madeka K, et al. Off to on: best practices for online team-based learning. In: *TBL Online, Team-Based Learning™ Collaborative*. 2018.
9. Jeffries WB, Huggett KN, editores. *An introduction to medical teaching*. Dordrecht, Springer Netherlands; 2010.
10. Michaelsen LK, Knight AB, Fink LD. *Team-based learning a transformative use of small groups in college teaching*. Westport - Connecticut, Praeger, 2004.
11. Quality Matters. Non-annotated standards from the QM higher education rubric [Internet]. 5th Edition. 2014[cited 2022 Aug 26] Available from: <https://www.tamtu.edu/qm/documents/qmrubric-5th-edition.pdf>
12. Quality Matters. Why QM? [Internet]. 2018[cited 2022 Aug 26]. Available from: <https://www.qualitymatters.org/why-quality-matters>
13. Mastel-Smith B, Post J, Lake P. Online teaching: “are you there, and do you care?”. *J Nurs Educ*. 2015;54(3):145-51. <https://doi.org/10.3928/01484834-20150218-18>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c08>

MAPAS CONCEITUAIS

Marcelo Andreetta Corral^I

ORCID: 0000-0003-2124-7021

Isis Akemi Katayama Rangel^I

ORCID: 0000-0002-9336-6583

Regiane Baptista Martins Porfírio^{II}

ORCID: 0000-0001-6703-9741

^ICentro Universitário Facens.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II}Universidade Paulista - UNIP.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

Regiane Baptista Martins Porfírio
E-mail: regianebm.martins@gmail.com



Como citar:

Corral MA, Katayama IA, Porfírio RBM. Mapas Conceituais. In: Melaragno ALP, Fonseca AS, Assoni MAS, Mandelbaum MHS, organizadoras. Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 68-75 p
<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c08>

INTRODUÇÃO

Em tempos em que surge uma profusão de teorias a respeito de relações no trabalho, de como formar equipes integradas, como atingir objetivos e ser mais competitivo, impõe-se a necessidade de avaliar as competências profissionais mais exigidas no mundo corporativo e, também, a maneira pela qual as pessoas as aprendem e as desenvolvem, como aplicá-las dentro do contexto empresarial no qual estão inseridas e, efetivamente, como podem moldar suas ações dentro do paradigma da nova era.

A construção de mapas conceituais como estratégia de ensino vem ao encontro dessas exigências, pois estimulam o pensamento crítico e a criatividade como atributos exigidos dos profissionais da atualidade.

Os mapas conceituais surgiram como uma importante ferramenta para a consolidação e aprofundamento de ideias, fundamentados pela teoria da aprendizagem significativa de Ausubel (1968). Esta ocorre quando uma nova informação é inserida às estruturas cognitivas do indivíduo podendo produzir um novo significado aos conhecimentos prévios existentes, os chamados *subsunçores*. Com isso, as modificações dos *subsunçores* podem produzir novas relações entre os conceitos já existentes gerando outros significados ^(1,2).

Para que ocorra a aprendizagem significativa algumas condições básicas são requeridas para que esse processo não se torne mecânico. Para isso, a escolha do conteúdo proposto é de fundamental importância, pois deve ser claro e se relacionar com os conhecimentos prévios dos indivíduos. Esses conhecimentos são fundamentais para que o processo de aprendizagem aconteça, já que essas informações preexistentes servem como base e devem se



modificar e se transformar ao longo da construção da aprendizagem significativa, o que explica a razão pela qual esse processo é considerado dinâmico ^(1,3).

Por definição, os mapas conceituais são organizadores gráficos que também podem ser conhecidos na literatura como rede conceitual, rede semântica, diagrama do significado e até mesmo de mapa cognitivo. Essa metodologia, por mais que se assemelhe do ponto de vista estrutural com hierarquias organizacionais e organogramas, apresenta diferenças importantes relacionadas com a forma de interpretação da informação ali presente ⁽⁴⁾.

A crescente e estimulante utilização das diferentes metodologias ativas de aprendizagem, já bem pontuada em diversas Diretrizes Curriculares Nacionais, pode proporcionar a utilização dessa importante ferramenta ^(5,6). A construção de mapas conceituais é uma grande aliada da metacognição. Dessa forma, possibilita maior reflexão sobre domínio de determinado conteúdo com a autoavaliação da necessidade de aprofundamento dos estudos, proporcionando maior ênfase a novos conceitos que não foram muito bem fixados ou compreendidos ⁽⁷⁾.

DIFERENCIANDO MAPAS MENTAIS E MAPAS CONCEITUAIS

Quando se sugere a construção dos “mapas” como ferramentas de ensino-aprendizagem ou até mesmo como forma avaliativa, dois tipos se destacam e frequentemente são confundidos entre si. São eles os mapas mentais e os mapas conceituais. Cada uma dessas ferramentas possui objetivos distintos, logo é importante conhecer qual a função de cada um deles para melhor empregá-lo na prática da docência e até mesmo na rotina de estudos ⁽⁸⁾.

Os mapas mentais foram sistematizados e desenvolvidos inicialmente pelo psicólogo inglês Tony Buzan (1970). Essa metodologia consiste na criação de imagens em que palavras podem ser inseridas e se conectam a um conceito principal que costuma se ramificar. O objetivo central dessa metodologia é construir uma “árvore” de conhecimento para que se possa ter uma visão geral de um determinado conteúdo abordado. Com isso, espera-se que haja mais facilidade para memorização de informações proporcionando o pensamento criativo obtendo uma espécie de resumo que pode orientar melhor os estudos dos indivíduos ⁽⁹⁾.

Os mapas mentais possuem caráter idiossincráticos, por isso costumam ser pessoais e construídos individualmente e não coletivamente. Esse método não possui uma carga de informações explícita para facilitar a interpretação por outrem, pois trata-se de um compilado de informações relacionadas com um tema de estudo próprio (FIGURA 1). Quando se constrói um mapa mental há um estímulo para o desenvolvimento de habilidades que não necessariamente estão vinculadas a aprendizagem de um conteúdo específico, mas para que se possa enxergar as relações entre os conceitos de quaisquer conteúdos ^(9,10).

Os mapas mentais ou caos mental, também assim chamados, apresentam diversas vantagens. Uma delas é a possibilidade de construção em árvore que supera os bloqueios da escrita linear proporcionando flexibilidade criativa e ajuda a resumir assuntos extensos. Outra vantagem é a possibilidade de associação de ideias e conceitos relevantes, sendo ferramentas poderosas para *brainstorming*. Contudo, são pouco eficientes para revelar o entendimento conceitual sobre determinado assunto, logo não são recomendados como ferramenta de avaliação da aprendizagem ⁽¹⁰⁾.

Os mapas conceituais criados por Joseph Novak (1971-1973) por sua vez, são organizadores gráficos que permitem o aprofundamento em determinado tema de estudo, favorecendo a transmissão das relações conceituais. Não costumam usar imagens na construção e sim retângulos ou círculos envolvendo palavras que serão chamadas de conceitos ⁽⁴⁾. Alguns modelos mais específicos costumam usar até mesmo outras figuras geométricas ou diferentes cores para envolver os conceitos a fim de diferenciá-los e enfatizá-los com mais facilidade (FIGURA 2) ⁽¹¹⁾.

As principais vantagens dessa ferramenta consistem na orientação para sistematizar as relações entre os conceitos e os sub conceitos, pois a criação das proposições garante a clareza, favorecendo a comunicação com o conceito final produzido; possuem eficácia no desenvolvimento do pensamento crítico; da integração da teoria com a prática por meio da resolução de problemas dos estudantes; e constituem um recurso válido de avaliação da aprendizagem. Essa ferramenta frequentemente é utilizada de forma colaborativa ou individual, e por ter clareza semântica e precisa, também serve como ferramenta de avaliação de aprendizagem, através da obtenção da visualização da organização conceitual que o indivíduo atribui a um dado conteúdo e de evidências do processo de aprendizagem ^(7,12-14).

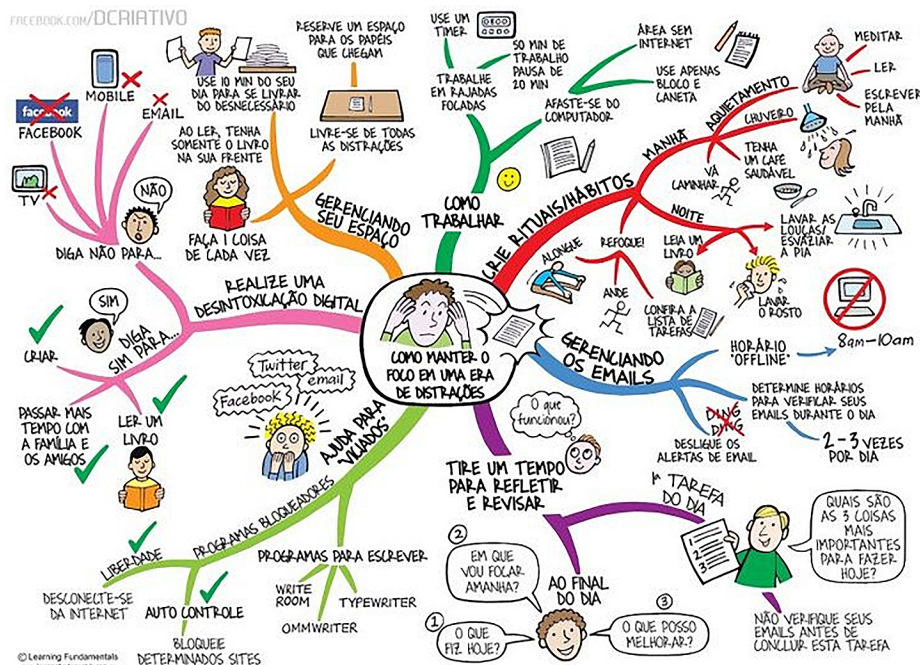
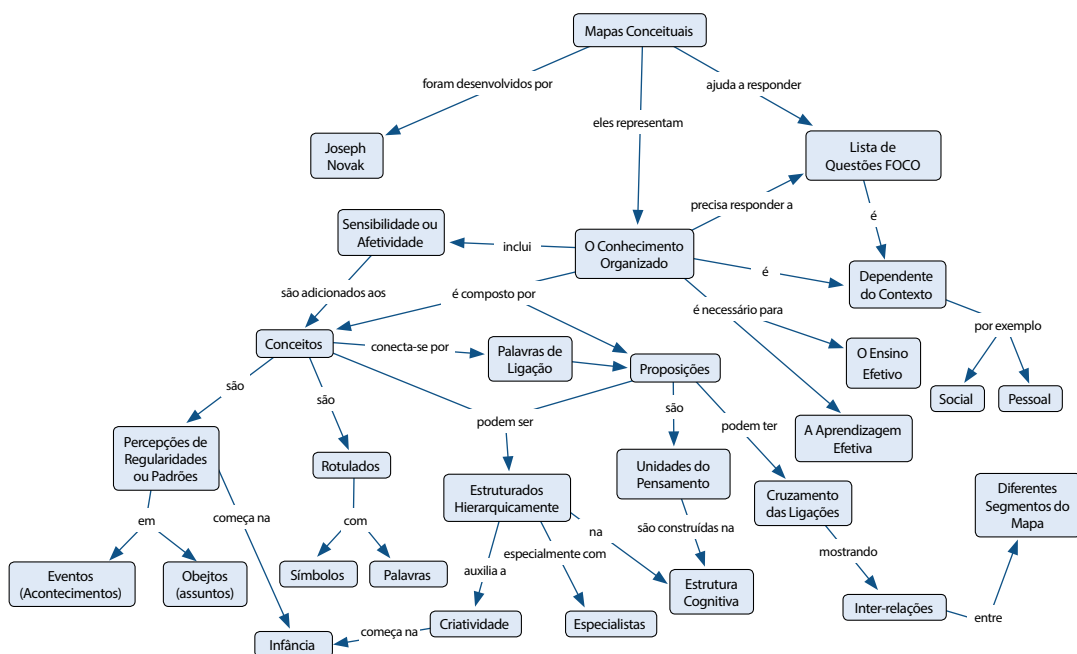


Figura 1. Modelo de mapa mental. São Paulo, 2022⁽¹⁰⁾



Fonte: Novak JD, et al. 2014⁽¹¹⁾

Figura 2. Mapa conceitual ilustrativo do processo de criação e diagramação da estratégia de ensino nas suas partes constitutivas. São Paulo, julho, 2022

Contudo, algumas desvantagens também podem ser enunciadas dada a necessidade da utilização de conceitos além da necessidade de conhecimento de conteúdos prévios. Também é importante refletir sobre o nível de dificuldade para construção do mapa que é elevado, além do tempo gasto para realização do mesmo que também é considerável ⁽¹⁵⁾.

COMO CONSTRUIR UM MAPA CONCEITUAL

Há diferentes possibilidades de elaboração dos mapas conceituais. Há modelos feitos à mão em papéis, em lousas, em cartolinas, *flip chart* e em ferramentas digitais como o software CmapTools^{®(16)}. As vantagens dos mapas realizados por meio de ferramentas digitais são consideráveis, pois são lúdicos, permitem muitas ações como exportação, gravação, além de estarem disponíveis em diferentes formatos. Contudo, independente da forma de apresentação do mapa conceitual, alguns elementos são mandatórios e a partir desses pode-se verificar a qualidade do mapa, bem como a aprendizagem do conteúdo apresentado ⁽¹⁷⁾.

O mapa conceitual possibilita a visualização dos conteúdos e processos de aprendizagem explorados pelos estudantes. Ele não apenas resulta em um produto, mas viabiliza o acompanhamento do processo de aprendizagem quando da identificação dos conceitos-chave, da sua definição, da indicação do conceito principal a começar a hierarquia, da hierarquização e organização dos conceitos, do estabelecimento das proposições pela junção de conceitos por palavras de ligação. Professores e estudantes são informados acerca do que está sendo aprendido e de como a apropriação do conhecimento está se processando ^(18,19).

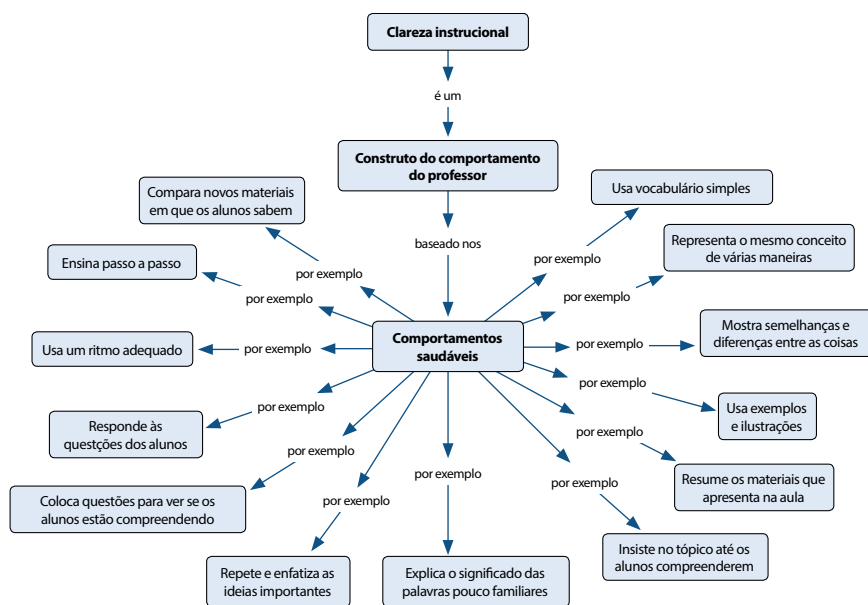
Os principais elementos de um mapa conceitual são a questão focal como forma de delimitar o tema, os conceitos-chave e as relações formadas entre os conceitos. A questão focal direciona a construção, além de orientar e facilitar a leitura do mapa. Com isso as informações produzidas ficam direcionadas a essa pergunta não havendo um comprometimento ou confusão de ideias. Quando há necessidade de criação de mapas extensos e de conteúdo longo é recomendada a utilização de mapas secundários em que todos os “submapas” sejam direcionados também por questões focais específicas e se relacionem com a questão focal inicial de alguma maneira ^(9,10).

De forma geral, os conceitos-chave são colocados em caixas normalmente de formato retangular. O conceito central ou tema pode ficar no topo ou no centro da página e a partir dessa colocação há interrelação ou interconexão com os demais conceitos (Figuras 3 e 4) ⁽²⁰⁾. Esses conceitos podem ser interligados por meio de linhas não direcionadas, chamados de conectores, que estabelecem as relações ou *links* entre os conceitos. As linhas direcionadas ou setas também são utilizadas e, dessa forma, chamam atenção dos leitores e direcionam a leitura para um único sentido. Nas linhas entre os conceitos são colocados os termos de ligação, que muitas vezes são palavras, verbos ou frases que expressam claramente a relação conceitual ^(21,22).

O uso desses termos de ligação é fundamental para conectar os conceitos, auxiliando a esclarecer a natureza dessa relação, sendo assim, seu uso deve ser incentivado na construção dos mapas conceituais. É importante ressaltar que, quando dois conceitos possuem uma relação, estando ligados por conectores, haverá a formação de uma proposição ⁽⁹⁻¹¹⁾.

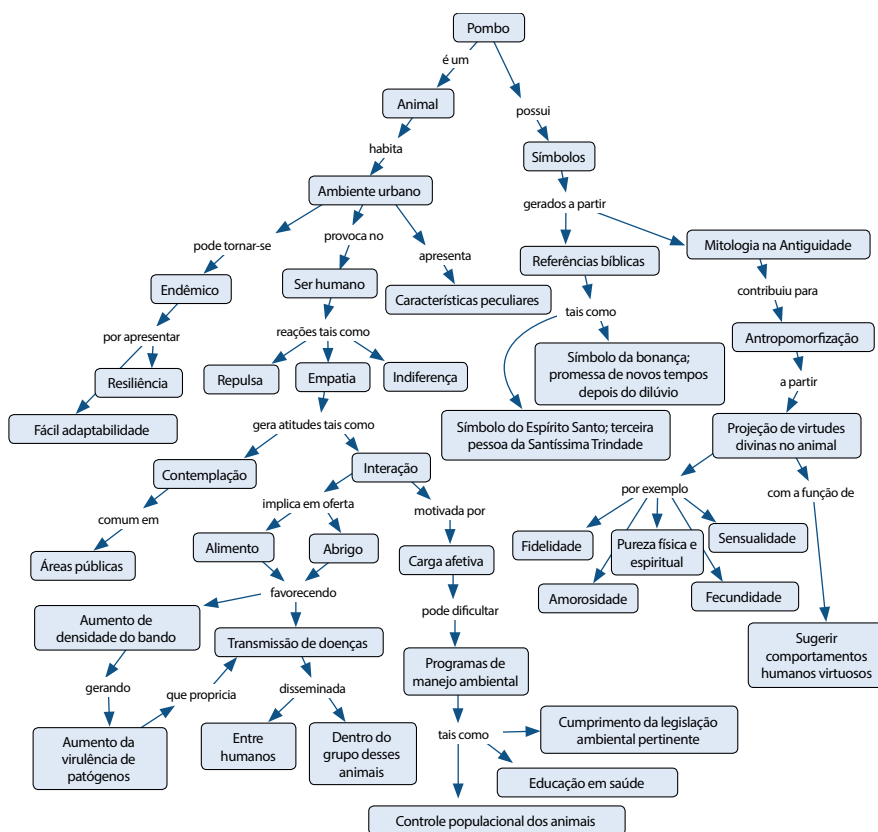
As ligações cruzadas, que representam um caráter de transversalidade ao mapeamento, ligam segmentos opostos horizontalmente de forma válida. São proposições entre conceitos que se encontram em diferentes segmentos ou domínios de conteúdo do mapa conceitual. Essas proposições confirmam a possibilidade dos mapas em capturar perspectivas idiossincráticas e criativas acerca do conteúdo conceitual dos mapeadores. Também é possível que o aprendiz faça alguma ligação transversal que seja criativa ou peculiar ⁽²³⁾.

Deve ser observada a organização hierárquica revelada durante a elaboração dos mapas conceituais por meio da diferenciação progressiva e da reconciliação integrativa dos conceitos. A hierarquização deve ser usada de modo a representar níveis cada vez mais detalhados de conceitos. Aqueles mais gerais são colocados no topo do mapa conceitual, de modo a superordenar os conceitos mais específicos como subordinados em níveis hierárquicos inferiores, favorecendo o entendimento ^(23, 24).



Fonte: Tavares R. 2007⁽²⁰⁾

Figura 3 - Mapa conceitual ilustrativo do tipo teia. São Paulo, julho 2022.



Fonte: Tavares R. 2007⁽²⁰⁾

Figura 4 - Mapa conceitual ilustrativo do tipo hierárquico. São Paulo, julho 2022.

É fundamental que o uso desses elementos seja respeitado com o intuito de esclarecer para o estudante os passos que devem ser cumpridos e para que o objetivo dessa metodologia seja atingido de forma eficiente ⁽⁹⁾.

PROBLEMAS E DESAFIOS MAIS FREQUENTES NA CONSTRUÇÃO DE MAPAS CONCEITUAIS

Um dos problemas mais frequentes encontrados nos mapas conceituais são decorrentes da falta de conhecimento prévio sobre a metodologia. Conhecer os elementos obrigatórios é fundamental no processo de construção dos mapas conceituais, para que as informações sejam passadas corretamente e as proposições sejam formuladas da forma correta contemplando o conceito inicial, o termo de ligação e o conceito final. Ainda no contexto de conhecimento sobre a metodologia, observa-se que ainda há confusão na construção de mapas mentais e conceituais por parte dos aprendizes ⁽¹⁵⁾.

A escolha dos conceitos também é fundamental para organização das ideias, assim como dos verbos, que devem ser categóricos. Também se observa que muitas proposições costumam ficar soltas, quando na verdade devem conter uma informação completa. A capacidade de síntese dos assuntos para elaboração dos conceitos e conectores também parece ser um desafio aos que se propõem a criar esses mapas ⁽⁷⁾.

Os mapas conceituais não devem contemplar informações gerais sobre determinado tema. Eles devem ser guiados por uma pergunta focal que orientará o indivíduo. A partir dessa pergunta os conceitos e os termos de ligação deverão ser selecionados criteriosamente para o direcionamento da informação contida no mapa. Sendo assim, a dificuldade em sintetizar os conteúdos pode ser um aspecto a ser trabalhado em sala de aula e praticado com os estudantes ⁽⁹⁾.

Um dos principais desafios da construção de mapas conceituais é o tempo destinado à sua construção. É recomendado que os mapas sejam produzidos em pelo menos dois dias, pois assim poderá ocorrer a recuperação da memória e a organização das ideias. Outro ponto sensível e recomendado é a interpretação do mapa por uma pessoa alheia, pois como os mapas devem apresentar uma leitura fluida, qualquer pessoa deveria poder interpretar verificando se as informações ali presentes são claras ^(9, 15, 17).

A atribuição de nota para os mapas conceituais também é um desafio, já que muitos autores defendem que essa metodologia é mais qualitativa do que quantitativa, e é por isso que muitas vezes esse recurso é pouco utilizado institucionalmente ⁽¹⁷⁾.

MAPAS CONCEITUAIS COMO FERRAMENTAS AVALIATIVAS

Existem autores que dizem que os mapas conceituais devem ser de fácil interpretação para todas as pessoas, sobretudo as familiarizadas com os temas. Contudo, há uma outra vertente de pesquisadores que acredita que os mapas precisam ser apresentados pelos seus criadores, para garantir a riqueza de detalhes e a explanação dos porquês das colocações feitas ^(17, 25).

Os mapas conceituais são excelentes balizadores de detecção de entendimento dos conteúdos ministrados. Uma das possibilidades de construção de processo avaliativo utilizando essa ferramenta é fornecer os conjuntos de conceitos e solicitar para os estudantes o estabelecimento de relações entre elas a partir da pergunta focal. Outra possibilidade é apresentar um pequeno mapa inicial e solicitar aos mapeadores que completem as informações continuando as relações entre os conceitos postos. Assim se estabelece um encorajamento para construção do mapa para que os estudantes possam trabalhar com os conceitos apresentados ^(7, 24, 25).

Contudo, avaliar dessa forma requer dos mapeadores aprendizagem significativa e infelizmente ainda existe o estímulo para aprendizagem mecânica em diversas instituições. A criação de mapas modelos ou de rubricas avaliativas para essa ferramenta podem ser grandes aliadas. Ao final do processo avaliativo, esses modelos e as rubricas devem ser apresentados aos estudantes para correção e fixação dos conteúdos. Dessa forma, a discussão gerada após essa devolutiva poderá estimular os estudantes num próximo desafio ^(9, 24, 25).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mapa conceitual é uma estratégia capaz de evidenciar significados atribuídos a conceitos e as relações entre eles. A utilização desse método vem sendo cada vez mais explorada por docentes e estudantes, seja como ferramenta de metacognição, seja como metodologia de avaliação. Ainda há diversos desafios pela frente para que ferramentas como essa possam ser cada vez mais utilizadas, contudo, com a crescente implementação das metodologias ativas no ensino, possivelmente essa perspectiva se renove.

Com vistas à formação de profissionais competentes e que atendam às exigências da sociedade atual, é fundamental que as estratégias de ensino utilizadas pelos docentes venham ao encontro do conceito a ser trabalhado e que as abordagens pedagógicas consigam atender as expectativas dos estudantes, as quais não excluem a abordagem tradicional que, quando associada aos conteúdos mapas conceituais, consegue produzir melhores resultados.

REFERÊNCIAS

1. Ausubel DP. Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva. Lisboa: Plátano, v. 1, 2003.
2. Novak JD, Gowin DB. Learning How to Learn. New York: Cambridge University Press; 1984.
3. Ausubel DP. The Acquisition and Retention of Knowledge: A Cognitive View. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000.
4. Novak JD. Learning, Creating and Using Knowledge: Concept Maps as Facilitative Tools in Schools and Corporations. New York: Taylor e Francis; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria do Ensino superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2001 Nov 9; Seção 1:37.
6. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.2, CNE/CES de 18/02/2003. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Biomedicina. 2003.
7. Souza Júnior MV de, Célio VCC, Nogueira SCO, Martins AF, Freitas KHG, Sousa FF. Mapas conceituais no ensino de física como estratégia de avaliação. Sci. Plena [internet]. 2017 [citado 2022 Ago 28];13(1). Available from: <https://www.scientiaplenua.org.br/sp/article/view/3512>
8. Gomes SGS, Mota MVS. Metodologias Ativas na prática docente. Viçosa MG: Ed. UFV, s.d.
9. Buzan T. Mapas mentais. Rio de Janeiro: Sextante; 2009. 96p.
10. Lin C, Han C, Huang Y, Chen L, Su CC. Effectiveness of the use of concept maps and simulated cases as a teaching-learning strategy in enhancing the learning confidence of baccalaureate nursing students: A qualitative approach. Nurse Educ Today. 2022; 115:105418.
11. Novak JD, Cañas AJ. The theory underlying concept maps and how to construct and use them [Internet]. Cmap. IHMC. [internet]. 2014 [cited 2022 Jul 10]. Available from: <http://cmap.ihmc.us/docs/theory-of-concept-maps.php>
12. Ferreira PB, Cohrs CR, de Domenico EB. Software CMAP TOOLS para a construção de mapas conceituais: a avaliação dos estudantes de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(4):967-72.
13. Manhães MO, Carvalho AS, Batista SCF. Uso de mapas conceituais como ferramenta de avaliação no ensino de física. [internet]. 2018. [cited 2022 Jul 10]. Available from: <https://www.cp2.g12.br/ojs/index.php/cadernos/article/download/2085/1408>
14. Porfírio RBM, Domenico ELB de. O ensino da tomada de decisão administrativa pelo método do mapeamento conceitual: intervenção educacional. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. [internet]. 2022; [cited 2022 Jul 17]. 02(04):32-49. Available from: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/mapeamento-conceitual>
15. Correia PRM, Cabral G, Aguiar JG. Cmaps with Errors: why not? Comparing Two Cmap-based Assessment Tasks to Evaluate Conceptual Understanding. Springer, Communications in Computer and Information. Science. 2016; 635:1-15.
16. CMAP. Software is a result of research conducted at the Florida Institute for Human & Machine Cognition (IHMC). It empowers users to construct, navigate, share and criticize knowledge models represented as concept maps [Internet]. IHMC; 2014 [cited 2022 Ago 28]. Available from: <http://cmap.ihmc.us/>

17. Kinchin IM. Concept mapping as a learning tool in higher education: a critical analysis of recent reviews. *The Journal of Continuing Higher Education*. 2014;62(1):39-49.
18. Souza MAM, Dutra VSF, Lima HF, Souza JWS. Mapas conceituais como ferramenta científica na formação de professores de física. *Rev Prof de Física* 2021;5(3):29-52.
19. Abreu GCF. Efeito da elaboração de mapas conceituais baseados na fisiopatologia sobre a acurácia diagnóstica de estudantes de Medicina. [Dissertação de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde, Universidade José do Rosário Vellano]. 2018. Disponível em: <http://tede2.unifenas.br:8080/jspui/handle/jspui/199>
20. Tavares R. Construindo mapas conceituais. *Ciênc Cogn*. 2007; 12:72-85.
21. Atay S, Karabacak U. Care plans using concept maps and their effects on the critical thinking dispositions of nursing students. *Int J Nurs Pract*. 2012; 18(3):233-9.
22. Aguiar JG, Correia PR. Como fazer bons mapas conceituais? Estabelecendo parâmetros de referências e propondo atividades de treinamento. *Rev Bras Pesqui Educ Ciênc*. 2013;3(2):141-57.
23. Danhão EA, Ferreira PC, de Cássia Frenedo R. O uso do mapa conceitual como articulador interdisciplinar no ensino médio. *Rev Prod Disc Educ Matem*. 2014;3(1):91-9.
24. Carvalho DPSRP, Vitor AF, Barichello E, Villar RLA, Pereira-Santos VE, Ferreira-Junior MA. Aplicação do mapa conceitual: Resultados em diferentes métodos de ensino-aprendizagem. *Arquichan*. 2016; 16(3): 382-91.
25. Cañas AJ, Novak JD, ReiskaP. How good is my concept map? Am I a good Cmapper? *Knowledge Management & E-learning*. 2015;7(1):6-19.

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c09>

FERRAMENTAS ATIVAS PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Maria Sandra Pereira^I

ORCID: 0000-0001-6552-2254

Flávia Teles Marques^{II}

ORCID: 0000-0003-2485-4839

^I Empresa Autônoma.

São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II} Instituição SPDM Associação Paulista para o
Desenvolvimento da Medicina.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

Maria Sandra Pereira

E-mail: msandra9.msp@gmail.com



Como citar:

Pereira MS, Marques FT. Ferramentas ativas para a educação permanente em saúde. In: Melaragno ALP, Fonseca AS, Assoni MAS, Mandelbaum MHS, organizadoras. Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 76-82 p <https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c09>

INTRODUÇÃO

A educação permanente em saúde na busca de metodologias de ensino para motivar os profissionais, encontrou nas metodologias ativas um norte, pois têm como base a educação crítica-reflexiva para a promoção do processo de ensino-aprendizagem envolvendo e motivando o aluno para a busca do conhecimento.

A Sala de Aula Invertida compreendida como uma das formas de metodologias ativas de aprendizagem é uma possibilidade de ferramenta pedagógica utilizada para possibilitar o empoderamento do conhecimento estudante como será apresentada neste capítulo⁽¹⁾.

A Taxonomia de Bloom é um instrumento para auxiliar na organização e planejamento dos objetivos de aprendizagem e para a escolha dos instrumentos de avaliação através de competências específicas e domínio de habilidades que pode se tornar uma escolha para a elaboração de treinamentos corporativos dinâmicos e consistentes⁽²⁾.

TAXONOMIA DE BLOOM

Benjamin Bloom e sua equipe tiveram como propósito classificar os objetivos educacionais, isto é, o que os educadores esperam que os alunos saibam, tendo como princípio três domínios: cognitivo, afetivo e psicomotor⁽³⁾.

Os objetivos educacionais possuem níveis hierárquicos e devem ser elaborados da menor para a maior complexidade porque o aluno precisa primeiro dominar o nível mais simples para posteriormente, aumentar a complexidade de aprendizagem⁽³⁾.



Apesar da taxonomia de Bloom ter sido criada na década de 50 e revisada em 2001, pesquisadores a reconhecem, como uma ferramenta que tem a capacidade de auxiliar o educador na elaboração do planejamento e implementação das aulas de modo eficaz, com viés centrado no aluno, refletindo verdadeiramente, o que se deseja que o mesmo aprenda e como o avaliar, no final do processo educacional⁽³⁾.

Os objetos de aprendizagem são recursos de ensino e de aprendizagem para apoiar, decidir e definir o processo educacional na busca de propor pensamento crítico e reflexivo no aluno. Para que isso aconteça, é necessário o planejamento de todos os recursos necessários à aprendizagem: objetivos instrucionais, cognitivos, atitudinais e de competências⁽¹⁾.

A taxonomia de Bloom é um desses recursos, pois disponibiliza uma base de estratégias aos educadores para facilitar, avaliar e estimular o desempenho dos alunos via níveis de aquisição de conhecimento, do mais simples (fatos) para o mais complexo (conceitos).

A Taxonomia “é a ciência de classificação, denominação e organização de um sistema pré-determinado e que tem como resultante um framework conceitual para discussões, análises e/ou recuperação de informação”⁽³⁾.

Na primeira versão da taxonomia, Bloom (1956) atribuiu a taxonomia a divisão em três domínios de desenvolvimento. 1) Domínio cognitivo: aprender um novo conhecimento, significa reconhecer procedimentos padrões e definições, agrupados em seis categorias hierárquicas (conhecimento, compreensão, aplicação, análise, síntese e avaliação), onde a aprendizagem acontece do nível mais simples para o mais complexo. 2) Domínio afetivo: envolve o emocional e o comportamental; representa ter atitude, responsabilidade e valores, reunidas em cinco categorias hierárquicas (receptividade, resposta, valorização, organização e caracterização. 3) Domínio psicomotor: expressa em habilidades físicas manuais; reunidas em quatro categorias hierárquicas (imitação, manipulação, articulação e naturalização). Apesar dos três domínios citados, o domínio cognitivo é o mais conhecido e utilizado⁽³⁾.

O legado da taxonomia idealizada por Bloom foi tornar viável a padronização da linguagem acadêmica através de instrumentos de aprendizagem estruturados, indo de encontro ao avanço das tecnologias educacionais.

Em 2001, realizada a primeira revisão na Taxonomia de Bloom, publicada em um livro intitulado *A taxonomy for learning, teaching and assessing: a revision of Bloom's taxonomy for educational objectives*, supervisionado por David Krathwohl⁽³⁾.

Para Krathwohl, os verbos e os substantivos deveriam pertencer a dimensões separadas, pois na descrição dos objetivos é necessário escrever o “como” (verbo) e “o que” (substantivo) os alunos serão capazes de realizar⁽³⁾.

Dessa forma, os substantivos passaram a ser a base da dimensão conhecimento e os verbos a base dos aspectos cognitivos, dando um caráter bidimensional à taxonomia de Bloom, onde o domínio cognitivo foi dividido em: Dimensão do Conhecimento (substantivo) e Dimensão dos Processos Cognitivos (verbo). Essa divisão ocorreu porque para Bloom e sua equipe, o conhecimento envolve a habilidade de lembrar (especificidades e generalidades) e achar (soluções para o problema proposto de ensino), que são habilidades diferentes, isto é, processo e produto⁽³⁾.

A Dimensão do Conhecimento passou a ter quatro subcategorias: factual ou efetivo, conceitual, procedural ou procedimental e metacognitivo. A subcategoria metacognitivo está relacionada diretamente à consciência da aprendizagem, o que leva à autonomia do processo de aprendizagem inserido na utilização das tecnologias digitais na educação.

A Dimensão do Processo Cognitivo recebeu essa denominação porque compreendeu-se que o conhecimento construído é utilizado para resolver problemas do cotidiano⁽³⁾.

As mudanças geradas com essa nova denominação em relação aos aspectos verbais estão representadas no quadro 1, onde os verbos foram alterados para o gerúndio:

As mudanças ocorrem para impulsionar o desenvolvimento cognitivo de modo contínuo e o design hierárquico foi mantido, porém mais flexível e permitindo uma troca entre as próprias categorias, de acordo, com a necessidade do processo de ensino e aprendizagem, entretanto, no Domínio Conhecimento, a ordem hierárquica deverá ser respeitada⁽⁴⁾.

Quadro 1 – Aspectos verbais da Dimensão do Processo Cognitivo. São Paulo, julho 2022.

DIMENSÃO PROCESSO COGNITIVO – ASPECTOS VERBAIS	
Taxonomia de Bloom original	Taxonomia de Bloom revisada
1. Conhecimento	1. Lembrar
2. Compreensão	2. Entender
3. Aplicação	3. Aplicar
4. Análise	4. Analisar
5. Síntese	5. Sintetizar
6. Avaliação	6. Criar

Fonte: Adaptação de Galhardi, Azevedo. 2013⁽⁴⁾.

QUADRO BIDIMENSIONAL DA TAXONOMIA

Como mencionado acima, a taxonomia de Bloom revisada o Domínio do Conhecimento foi dividido na Dimensão Conhecimento e Dimensão do Processo Cognitivo de acordo com o quadro 2:

Quadro 2 - Aspectos verbais e dos substantivos da tabela bidimensional da taxonomia. São Paulo 2022.

DOMÍNIO COGNITIVO	
SUBSTANTIVO	SUBSTANTIVO
DIMENSÃO CONHECIMENTO	DIMENSÃO COGNITIVA
Efetivo	Criar
Conceitual	Avaliar
Procedimental	Analisar
Metacognitivo	Aplicar
	Entender
	Lembrar

Fonte: Adaptação Mamede, Abbad. 2018⁽⁵⁾.

Esse modelo deu origem a Tabela Bidimensional da Taxonomia de Bloom com o objetivo de estruturar de forma bem clara os objetivos educacionais, de acordo com cada categoria (substantivo e/ou verbo) para elaboração do planejamento de ensino com melhor aproveitamento das estratégias e tecnologias educacionais, proporcionando ao colaborar o pensamento crítico e reflexivo diante da teoria e aplicação prática imediata, de acordo, com o tema em questão de ensino⁽⁵⁾. O modelo de tabela bidimensional da Taxonomia de Bloom pode ser observada no quadro 3

Quadro 3 – Aspectos dimensionais da tabela bidimensional da taxonomia revisada. São Paulo, julho 2022.

Dimensão do Processo Cognitivo	Dimensão Conhecimento			
	Efetivo	Conceitual	Procedimental	Metacognitivo
Lembrar				
Entender				
Aplicar				
Analisar				
Sintetizar				
Criar				

Fonte: Trevisam, Amaral. 2016⁽⁶⁾.

Lembrando, que ao se elaborar a tabela, a Dimensão do Conhecimento é representada por uma coluna vertical, enquanto a Dimensão do Processo Cognitivo é representada por uma coluna horizontal. Os objetivos de aprendizagem são inseridos nas células em branco, de acordo com a ordem hierárquica e flexibilidade permitida nas respectivas dimensões, não sendo obrigatório o preenchimento de todas as células, mas não se deve esquecer que o objetivo de aprendizagem precisa ter “o que” aprender e o “como” avaliar/aplicar. A tabela facilita a escolha da estratégia, do conteúdo e o do instrumento de avaliação mais assertivo para a temática de ensino⁽⁶⁾.

A Taxonomia de Bloom é um instrumento para definição dos objetivos de aprendizagem que utiliza uma ordem hierárquica para o desenvolvimento cognitivo, do mais simples para o mais complexo através de um crescimento estruturado de desenvolvimento de habilidades e competências.

Planejar um curso com equilíbrio entre o tema, o conteúdo e a estratégia é uma atividade difícil para o educador, principalmente, para aqueles que não receberam um preparo didático e pedagógico adequado, mas o pior é terminar o treinamento e perceber que suas escolhas não foram assertivas, por isso se faz necessário se aprofundar no estudo da Taxonomia de Bloom.

SALA DE AULA INVERTIDA

A Educação Corporativa enfrenta alguns desafios. Manter as salas de treinamento cheias, obter a atenção do colaborador e ministrar um conteúdo interativo de modo a envolver todos os participantes.

O aumento na utilização das tecnologias educacionais e a necessidade de práticas de ensino inovadoras surgem como um modo de inovar o processo de ensino e aprendizagem, com isso as Metodologias Ativas estão se tornando presentes fortemente nas salas de aula como uma estratégia de promover a aprendizagem ativa, colaborativa e coletiva⁽⁷⁾.

As tecnologias digitais entrando nas salas de treinamento estão modificando a dinâmica em relação aos tempos e espaços, relação entre o colaborador, a informação e o educador. O relacionamento entre as tecnologias e sala de aula tem proporcionado o que é conhecido como *blended learning* ou ensino híbrido⁽⁷⁾.

O ensino híbrido é uma combinação dos recursos e métodos utilizados no ensino presencial e online objetivando vantagens para os dois sistemas de aprendizagem. Quando no sistema on-line, o colaborador escolhe quando e onde estudar, o conteúdo deverá ser construído especificamente para o treinamento. No sistema presencial, o educador valoriza as interações interpessoais, complementa às atividades on-line, proporcionando um processo de ensino e de aprendizagem eficaz e próprio⁽⁷⁾.

A literatura apresenta quatro modelos de ensino híbrido. O primeiro é o modelo *flex* que se caracteriza pelo protagonismo do conteúdo e as instruções para utilização da plataforma on-line, a parte flexível consiste no auxílio de um educador especialista ou um orientador de acordo com a necessidade do colaborador. O segundo modelo, o *blended* misturado, o colaborador escolhe o ambiente on-line, com um ou mais conteúdo para complementar o conteúdo presencial, de acordo com o seu interesse de aprendizagem. O modelo virtual é o terceiro, onde o destaque é no conteúdo on-line e a atividade presencial poderá ser realizada no ambiente de simulação realística. O quarto é o modelo rodízio, que é subdividido em quatro subgrupos: rodízio entre estações, rodízio entre os laboratórios, rodízio individual e sala de aula invertida (*flipped classroom*). Antes da definição de *Flipped Classroom*, é essencial conhecer os pré-requisitos, de acordo com “*Flipped Classroom Field Guide*”, para a aplicação da Sala de Aula Invertida, que são: número significativo de questionamentos e resolução de problemas para o colaborador aplicar presencialmente, o conteúdo on-line; *feedback* imediato após as atividades presenciais; as atividades presenciais e on-line possuem o mesmo valor e; o material instrucional, tanto on-line quanto presencial, devem ser preparados especificamente para cada treinamento (tema)^(7,8).

A Sala de Aula Invertida é uma modalidade de *e-learning* (ensino a distância mediado pelas tecnologias digitais de informação e comunicação) onde o conteúdo do treinamento é estudado on-line, antes do

presencial, a sala de aula passa a ser o ambiente para resolução de problemas com atividades práticas (simulação e discussão em grupo), a inversão é o fato de que na sala de aula o professor não transmite conteúdo, pois o aluno estuda antecipadamente para assimilar o conteúdo e ter condições cognitivas para discussão e atividades práticas; o educador emprenha-se nas dificuldades do colaborador^(7,8).

A Sala de Aula Invertida transforma a dinâmica do processo ensino e aprendizagem levando a resultados positivos no desenvolvimento das habilidades cognitivas e sociais. Os métodos mais difundidos de Flipped Classroom são: O Peer Instruction (JI), desenvolvido pelo Prof. Eric Mazur nos anos 90 com quatro etapas: o professor distribui antecipadamente o material instrucional antes da aula presencial; ocorre a aplicação de um teste com várias questões; antes da sala de aula o professor verifica as questões mais problemáticas para trabalhar na sala de aula e; o professor possa acompanhar o nível de compreensão sobre os conceitos em discussão e feedback imediato. O método, Just in Time Teaching (JiTT) foi proposto pelo professor Gregor Novak na Universidade Purdue, também com quatro etapas: disponibilização de material prévio por meio eletrônico; resolução das questões de aquecimento; o professor analisa as respostas e reformula o plano de aula e; aplicação da aula. por fim, o Projeto TEAL/Studio Physics, cujo responsável é o Prof. John Belcher do Instituto de Tecnologia de Massachusetts (MIT) onde são formados grupos com alunos com níveis diferentes de conhecimento onde o material de estudo é enviado previamente, durante a aula o professor apresenta de modo breve o conteúdo com discussões, exercícios e simulações dinâmicas⁽⁹⁾.

As atividades apresentadas pelo professor podem ser assíncronas (podcasts, vodcasts, screencasts, vídeos curtos e repositórios on-line) e síncronas (smartphones, tablets, quiz (Google Forms, surveys entre outros), questionários interativos com hiperlinks, questionários de autoavaliação e avaliação em pares). Os desafios são que alguns alunos podem se sentir perdidos, desmotivados ou até achar que o professor não está cumprindo o seu papel; mudança de mentalidade do professor/aluno e aumento da carga horária para o planejamento⁽¹⁰⁾.

Os Benefícios são maior autonomia para o aluno, desenvolvimento do senso de responsabilidade sobre o processo de aprendizagem, favorece a percepção das lacunas de aprendizagem e possibilidade de promoção de discussões mais profundas porque o processo abrange todos os envolvidos.

Para que o educador aplique a Sala de Aula Invertida no treinamento é imprescindível se engajar em quatro pilares: criação de um ambiente flexível para envolver diferentes estilos de aprendizagem; assimilar a cultura de aprendizagem voltada para o colaborador; elaborar conteúdos instrucionais dirigidos com objetivos definidos sobre o que eles precisam ensinar e o que os colaboradores podem explorar por conta própria no processo de aprendizagem; ser um facilitador do conhecimento, dispondo-se a oferecer feedback imediato e contínuo.

TUTOR

A Tecnologia da Informação e Comunicação transformou muito as formas de ensino e de aprendizagem, flexibilizando o tempo e o espaço. Aproximou as informações das pessoas incorporando a necessidade da aprendizagem digital. Como consequência, ocorre o avanço da modalidade de Ensino a Distância que propicia ao indivíduo obter conhecimento e aperfeiçoamento contínuo, de acordo com o seu interesse⁽¹¹⁾.

O presente texto enfatiza a função do tutor no Ambiente de Aprendizagem Virtual que precisa conhecer as ferramentas tecnológicas para poder desempenhar o seu papel de forma efetiva e do tutor na Aprendizagem Baseada em Problemas, que necessita do conhecimento dessa metodologia de ensino, além de habilidades no domínio social, conhecimento do conteúdo e domínio cognitivo^(11,12).

TUTOR DO AMBIENTE DE APRENDIZAGEM VIRTUAL

O Ensino a Distância (EaD) se caracteriza pela separação entre profissional da educação e estudante, no tempo e no espaço; proporciona ao aluno à autogestão, adaptabilidade, flexibilidade e o aprender por si

próprio. Ainda, essa modalidade de ensino é a responsável pelo desenvolvimento dos ambientes virtuais de aprendizagem e das linguagens midiáticas, que rompem com o panorama tradicional da sala de aula presencial, facilitando a interação entre estudantes e profissionais da educação em contextos síncronos (aulas ao vivo) ou assíncronos (aulas gravadas por diferentes tipos de mídias)⁽¹¹⁾.

Diante desse cenário, surge a figura do tutor que tem um papel imprescindível no EaD que é manter os alunos engajados: orientar, gerar vínculo, incentivar o diálogo e criar proximidade, de forma a atuar, inclusive, na motivação e no auxílio à solução de problemas.

O tutor não tem a função de ensinar, mas sim entender a essência e as características do curso em que atua, pois ele influencia na diminuição da taxa de evasão dos alunos através de atividades técnicas, gerenciais, pedagógicas e sociais. A função técnica do tutor está relacionada a sua capacidade de manusear as ferramentas tecnológicas para auxílio do estudante, tornando-as acessíveis. Para executar essa atividade precisa acessar continuamente o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e dominar todas as suas funcionalidades⁽¹¹⁾.

A atividade gerencial é a organização do processo de aprendizagem e alinhar o fluxo das atividades, guiando os estudantes na solução de problemas e na tomada de decisão durante o período do curso.

A função pedagógica está relacionada ao papel de facilitador do processo educativo, relacionada as relações interpessoais e do pensamento crítico. O tutor aqui tem a função de conectar o professor, os alunos e a Instituição de Ensino Superior via AVA⁽¹¹⁾.

A atividade social é a responsabilidade de criar um ambiente agradável, ser empático, interagir com os alunos incentivando o diálogo e a motivação do grupo para que possam sentir pertencimento e valorizar a cooperação e a colaboração.

Na atualidade não só o tutor, mas o educador também precisa exercitar o “aprender a aprender” para melhor execução de suas atividades no local de trabalho e mostrar resultados, agregando várias habilidades, competências e conhecimentos⁽¹¹⁾.

TUTOR NA APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) a aprendizagem é centrada no aluno, com base construtivista, é considerada uma metodologia formativa porque estimula uma atitude ativa do estudante por conhecimento, estudo autodirigido com colaboração e contextualização onde o tutor influencia diretamente o grupo tutorial⁽¹²⁾.

O tutor tem o papel de estimular o grupo por busca de soluções dos problemas que lhe são apresentados, tornando-se o facilitador da aprendizagem e do desenvolvimento do grupo, porém permite a autonomia dos alunos do modo crescente, crítica e reflexiva, fortalecendo a interdependência. Nesse caso, o tutor explora o conhecimento do aluno através de atividades cognitivas específicas. Essa função de pilar do processo de ensino e aprendizagem é denominada na literatura como scaffolding, ou seja, andaime⁽¹²⁾.

A teoria do desempenho do tutor tem como fundamento as congruências: social e cognitiva, porém a peça-chave é a congruência cognitiva, onde o tutor que não tem habilidade de se comunicar com o aluno de acordo com o seu nível de compreensão não é efetivo, porque torna a sua contribuição para a aprendizagem do estudante limitada. Ainda, é essencial que o tutor seja empático e sensível para saber quando e como intervir na discussão do grupo⁽¹²⁾.

De acordo com essa teoria do desempenho, o tutor só é efetivo se tiver conhecimento do conteúdo proposto, interesse pela vida e do processo de aprendizagem de seus alunos. Essas habilidades do tutor são pré-requisitos para que a congruência social aconteça.

Para que o tutor consiga realizar essa atividade de modo efetivo precisa ter habilidades em três domínios: a congruência social (capacidade do tutor de criar um bom ambiente de interação entre os alunos, possibilitando o fluxo livre de ideias); conhecimento do conteúdo (propicia o acompanhar e estimular a discussão, contribuindo para a elaboração e articulação de ideais e para o melhor desempenho dos estudantes) e congruência cognitiva (capacidade de discutir e questionar o aluno, no seu nível, proporcionando uma comunicação efetiva)⁽¹²⁾.

A efetividade do tutor não foi prejudicada em relação a ser especialista ou não especialista do tema, mas foi pontuado que o conhecimento do conteúdo e a habilidade de uma comunicação efetiva são complementares e fundamentais⁽¹³⁾.

Como elemento facilitador no grupo tutorial são interligados e não excludentes entre si, e enfatiza-se a importância do desenvolvimento docente para a atuação na metodologia da aprendizagem baseada em problemas⁽¹³⁾.

Independente do ambiente (online ou presencial) no qual o tutor atua é indispensável a competência relacional, habilidades no conhecimento do conteúdo e de ferramentas do processo de ensino e aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da Sala de Aula Invertida em programas de treinamentos corporativos é uma ferramenta metodológica de fácil utilização para o engajamento dos profissionais, pois a sua participação no processo facilita a compreensão da correlação da temática na sua prática do dia a dia. Somando com o uso da Taxonomia de Bloom que determina os objetivos de aprendizagem e as formas de avaliação proporcionam a assertividade do educador na programação educacional.

REFERÊNCIAS

- Costa LV, Venturi, T. Metodologias Ativas no Ensino de Ciências e Biologia: compreendendo as produções da última década. *Rev Insignare Scentia*. 2021;4(2):417-38. <https://doi.org/10.36661/2595-4520.2021v4i6.12393>
- Andrade RJA, Freitag RMK. Objetivos educacionais e avaliações em larga escala na trajetória da educação superior brasileira: Enem, Enade e a complexidade cognitiva na retenção do fluxo *Rev Bras Estud Pedagog*. 2021;102(260):177-204. <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.102.i260.4264>
- Ferraz APCM, Belhot RV. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. *Gest Prod (São Carlos)*. 2010;17(2):421-431. <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2010000200015>
- Galhardi AC, Azevedo MC. Avaliações de aprendizagem: o uso da taxonomia de Bloom. VIII Workshop de Pós-Graduação e Pesquisa do Centro Paula Souza. Sistemas produtivos: da inovação à sustentabilidade. São Paulo, 9 e 10 de outubro de 2013.
- Mamede W, Abbad G. Objetivos educacionais de um mestrado profissional em saúde coletiva: avaliação conforme a taxonomia de Bloom. *Educ Pesqui (São Paulo)*. 2018;44:169-805. <https://doi.org/10.1590/S1678-4634201710169805>
- Trevisan AL, Amaral RG. A Taxonomia revisada de Bloom aplicada à avaliação: um estudo de provas escritas de Matemática. *Ciênc Educ (Bauru, SP)*. 2016;22(2):451-64. <https://doi.org/10.1590/1516-731320160020011>
- Valente JA. Blended learning e as mudanças no ensino superior: a proposta da sala invertida. *Educar Rev, (Curitiba, PT)*. 2014;(4):79-97. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.38645>
- Oliveira BLCA, Lima SF, Rodrigues LS, Pereira Júnior GA. Team-Based Learning como Forma de Aprendizagem Colaborativa e Sala de Aula Invertida com Centralidade nos Estudantes no Processo Ensino-aprendizagem. *Rev Bras Educ Méd*. 2018;42(4):86-95. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180050>
- Menegaz JC, Dias GAR, Trindade RFS, Leal SN, Martins NKA. Flipped Classroom no ensino de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2018;22(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0260>
- Schneider EM, Tomazini-Neto BC, Tobaldini BG, Nunes SA. O uso das tecnologias digitais da informação e comunicação (tdic): possibilidades para o ensino (não) presencial durante a pandemia covid-19. *Rev Científ Educ*. 2020[cited 2022 Jul 30];4(8):1071-90. Available from: <https://periodicosrefoc.com.br/jornal/index.php/RCE/article/view/123>
- Souza JGT, Cavalcante LFB. Competência em Informação no contexto EAD: reflexões sobre as práticas profissionais do tutor a distância. *Perspec Ciênc Inform*. 2021;26(3):126-158. <https://doi.org/10.1590/1981-5344/4319>
- Martins AC, Falbo Neto A, Silva FAM. Características do Tutor em ABP: uma revisão de literatura. *Rev Bras Educ Med*. 2018;42(1). <https://doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1RB20160100>
- Sousa MAO, Falbo Neto GH, Falbo AR. Correlação entre os domínios de competência do tutor e o desempenho estudantil: um estudo transversal. *Rev Bras Educ Med*. 2021;45(03). <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200214>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c10>

ENSINO NA SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

Maria Aurélia da Silveira Assoni^I

ORCID: 0000-0002-6460-9267

Daniela Paro Zanzarino^I

ORCID: 0000-0001-5830-7281

Érika Moreti Campitelli^I

ORCID: 0000-0002-4071-3019

Carolina Spinelli Alvarenga^{II}

ORCID: 0000-0001-7085-1503

^IHospital de Câncer de Barretos.
Barretos, São Paulo, Brasil.

^{II} Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos
Dr. Paulo Prata - FACISB.
Barretos, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

Maria Aurélia da Silveira Assoni.
E-mail: aureliaassoni@yahoo.com.br



Como citar:

Assoni MAS, Zanzarino DP, Campitelli EM, Alvarenga CS, (Orgs.). Ensino na saúde e sua contribuição para a prática profissional. In: Melaragno ALP, Fonseca AS, Assoni MAS, Mandelbaum MHS, organizadoras. Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 83-90 p <https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c10>

INTRODUÇÃO

Desenvolver competências para práticas de educação e ensino-aprendizagem é um fator determinante para um impacto positivo no aperfeiçoamento e segurança do profissional, como também, do paciente e consequentemente resulta na melhoria da qualidade do cuidado.

Identificar e compartilhar ações educativas visando o desenvolvimento profissional faz com que tenhamos novas práticas sendo produzidas e conquistadas e ganhamos benefícios de fortalecimento que norteiam nossa atuação.

Cada vez mais temos profissionais criativos, inovadores e que pensam na importância de multiplicar o que vivem. Isso engrandece e enriquece as experiências vivenciadas, torna-se um vislumbre e oportunidades de melhoria contínua. Aprender com experiências exitosas é aprimorar práticas e divulgar os trabalhos procurando fomentar novos conhecimentos, habilidades e atitudes, também visando motivação/engajamento, amor e resultados nas ações educativas.

Compartilhar uma experiência exitosa é uma satisfação e um presente para quem fornece e recebe a informação. Faz-se necessário fomentar o conhecimento de forma segura, significativa, compreendendo todo o conceito de aplicabilidade e viabilidade, construindo e desenvolvendo em cada setor uma possibilidade adequada das ações educativas, analisando e tendo como norte os resultados obtidos.

Durante a trajetória profissional uma das grandes alegrias de um educador é a satisfação de fortalecer práticas, presenciar a transformação e a mudança comportamental



em relação às ações educativas dos colaboradores da Instituição de Saúde, que estão mais engajados, revendo e ressignificando os processos de trabalho, ofertando como consequência uma assistência mais resolutiva e segura aos pacientes e colaboradores⁽¹⁾. Atuar dessa maneira, pautada nas diretrizes educacionais e buscando melhorias diariamente é uma grande oportunidade de crescimento profissional e tem sido uma enorme satisfação.

Os treinamentos não são finalizadores, mas sim atividade meio para um processo educativo mais amplo e holístico, que busca o desenvolvimento integral dos sujeitos. Sabemos que ainda existem paradigmas a serem superados, além do mais, as ações deverão ser constantes em um contexto de ação, reflexão da ação e ação da reflexão⁽¹⁾. Entretanto, a autonomia transformadora que vem acontecendo em cada setor da instituição nos fortalece e enobrece. Os indicadores educativos e a abrangência de treinamentos evidenciam qualitativamente e quantitativamente a trajetória que tem sido percorrida de forma árdua, porém extremamente gratificante para quem acredita no poder transformador da educação.

Na nossa experiência profissional tivemos situações que nos marcaram muito e agregou aprendizado, uma delas aconteceu no início da pandemia por Covid-19, em março de 2020, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendaram às Instituições que analisassem e verificassem se as atividades laborais poderiam acontecer de maneira remota, mantendo na instituição apenas profissionais e colaboradores essenciais para o funcionamento do serviço.

Diversos hospitais suspenderam treinamentos presenciais assim como integrações de novos colaboradores, e passaram a ministrar conteúdos, dentro das possibilidades, de forma remota. A equipe da Educação Permanente da Instituição analisou o contexto e compreendeu que nunca havia sido tão necessário treinamentos e integrações sobre os temas que pudessem reduzir/ mitigar a disseminação da Covid-19. Diante disso, estruturou-se um treinamento nomeado “Essencial”, por ser considerada às práticas nele apresentadas como fundamentais à atuação dos profissionais de saúde no contexto pandêmico. Elaboramos o conteúdo programático, abrangendo as temáticas: higienização das mãos, uso correto de máscaras (máscara cirúrgica e N95), paramentação e desparamentação, precauções e isolamento, limpeza de superfícies e descarte de resíduos.

Para efetivar esse programa de forma segura de acordo com as recomendações da OMS, MS, protocolos institucionais, fluxos, normas (definidas pela Diretoria), Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e Serviço Especializado em Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), realizamos as capacitações no centro de eventos da instituição, local amplo e arejado que durante a pandemia passou a ser utilizado para esta finalidade. Os treinamentos ocorriam em grupos de no máximo oito pessoas, mantendo distanciamento, uso de máscara e álcool gel. Realizamos atividades pautadas nos princípios da andragogia, utilizando métodos ativos de ensino e aprendizagem, contextualizando os treinamentos em práticas centradas na aprendizagem significativa e no desenvolvimento de competências.

Além de ministrarmos esse treinamento para todos os contratados que ingressaram, realizamos com 100% dos profissionais da assistência direta e indireta ao paciente, visto que continuaram trabalhando durante a pandemia. Também realizamos capacitações via modelo conectado para as unidades externas do hospital, e também solicitadas pela diretoria regional de saúde (DRS) para cidades do entorno, utilizando salas simultâneas para atividades práticas em pequenos grupos. Assim, enquanto profissionais do Departamento de Educação Permanente nos mantivemos engajadas em nossas funções com o desenvolvimento profissional dos colaboradores da instituição nacionalmente no nível primário, secundário e terciário, acreditando que poderíamos fazer a diferença, nos reinventando, reprogramando e transformando e obtivemos indicadores e resultados muito satisfatórios da nossa contribuição.

Outro ponto a considerar e que marcou nossa trajetória profissional e nos desenvolveu enquanto pessoa e profissional foi a oportunidade de reestruturação do serviço de educação corporativa, tendo como alicerce a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), pautando as nossas ações educativas dialógicas e interativas, permitindo aos colaboradores a atuação como protagonistas do seu processo educativo^(2,3).

Atualmente temos desenvolvido diversas categorias profissionais na instituição, as quais fazem parte de uma rede de saúde nacional composta por diferentes níveis de atenção (primária secundária e terciária). As atividades educativas são elaboradas com reflexão de práticas e teorias, trabalhando com o conceito de ensino por competências (conhecimento, habilidades e atitudes), construindo novos conhecimentos, por meio de práticas andragógicas, heutagógicas e geragógicas de acordo com as necessidades profissionais e pessoais⁽⁴⁾.

Quanto mais ensinamos, mais aprendemos, e a ideia de que todos se desenvolvem e podem compartilhar conhecimentos proporciona ao profissional a corresponsabilidade no processo de aprender e ensinar a equipe⁽⁵⁾.

Enquanto pessoas apaixonadas pelo ensino e educação e pelo poder transformador que ela exerce, também observamos a necessidade de despertar nos profissionais que atuam nas Instituições de saúde como líderes de departamento, o olhar educador, uma vez que o ato de ensinar deve ser uma das características de qualquer liderança⁽⁵⁾.

Líderes ensinam e conduzem outras pessoas, propiciando meios para que os indivíduos se motivem para um fim específico, modificando maneiras de pensar, fazendo com que os liderados enxerguem o mundo com perspectivas diferentes, tendo o ato de educar como prioridade pessoal, aproveitando cada oportunidade para aprender e ensinar, levando a Instituição para a missão, visão, valores e propósitos desejados⁽⁵⁾.

Podemos dizer então que, grandes líderes são excelentes professores, eles atingem suas metas por meio das pessoas a quem ensinam. Foi com essa visão que, começamos a elaborar uma capacitação que pudesse preparar os profissionais líderes que atuam em instituições de saúde a desenvolver competências educacionais, a serem educadores e exemplos do poder transformador que a educação possui⁽⁵⁾.

Dentre as metas elaboradas para o desenvolvimento de competências educacionais em líderes, fazia-se necessário o fortalecimento destes para multiplicarem o conhecimento adquirido e assim desenvolver outros líderes, pois o líder que não está educando, não está liderando. Um indivíduo pode ter todas as competências de um líder, mas se não se dedicar pessoalmente à formação de outros líderes, a instituição não será sustentável, característica essencial em organizações bem-sucedidas⁽⁵⁾.

E assim, com este desafio começamos a planejar uma capacitação educativa, que não deixasse de falar de humanização e empatia, para que o colaborador se sentisse acolhido e motivado a multiplicar essa prática. As atividades precisavam ter um caráter proativo, que os fizesse pensar “fora da caixa” e refletir sobre o desfecho de suas ações em seus liderados.

Pensando nisso o material deveria ser surpreendente, capaz de despertar ideias aplicáveis à rotina do setor e proporcionar resultados mensuráveis. Por isso, foi importante escolher ferramentas que os fizessem perceber o real valor do treinamento e desenvolvimento oferecido pela educação, desenvolver habilidades pessoais e profissionais, capacitar para novas responsabilidades e, principalmente, fortalecer o diferencial humano, ampliando seus resultados⁽⁵⁾.

Temos claro que o desenvolvimento de habilidades profissionais impulsiona melhores resultados, além de melhorar atitudes e integrar os colaboradores à cultura institucional e precisávamos, que se sentissem mais seguros por estarem bem preparados.

E assim construímos o projeto, unindo treinamento e desenvolvimento em um método ativo e completo, viabilizando ainda a atração, o engajamento e a retenção de talentos. Tudo isso com foco nas necessidades individuais, coletivas e institucionais, com recursos criativos e digitais, colocando o trabalhador no centro do processo, criando uma experiência de aprendizagem completa.

Formulamos dinâmicas, vídeos, animações, rodas de conversa, problematizações, paródias, sala de aula invertida, jogos e simulações os ajudando a compreender diversos assuntos de forma leve e intuitiva, abrindo espaço para o complemento em outros materiais, os permitindo vivenciar situações do dia a dia, longe dos riscos e com a possibilidade de acompanhar os resultados em tempo real, conduzindo por meio de práticas de aprendizagem significativa⁽⁶⁾.

Utilizamos a tecnologia digital como *games*, *mentimeter*, *kahoot* e *google forms*, recursos acessados por meio dos celulares, fazendo com que eles acessassem facilmente o conhecimento. Nosso intuito era reunir o que há de melhor em capacitações, treinamentos e desenvolvimento para os profissionais, preparando-os para um trabalho de excelência.

E após um árduo planejamento, estava finalizado o projeto de capacitação que nomeamos: “Desenvolvendo competências por meio da liderança educadora”, e para divulgação fácil denominamos “Líderes Educadores” que tem como objetivos:

- Aperfeiçoar o olhar educador profissional;
- Capacitar os profissionais quanto às práticas de treinamento, com ênfase no desenvolvimento de competências e aprendizagem significativa;
- Incentivar o processo de ensino-aprendizagem nos departamentos do público alvo atingido, aprimorando as competências de sua equipe.

Desde a primeira turma dos “Líderes Educadores”, que ocorre mensalmente, os resultados estão sendo alcançados e superados. Observou-se o início de treinamentos e capacitações nos departamentos dos líderes capacitados no curso, bem como a solicitação de novas turmas, sendo iniciada a construção de um projeto de capacitação para preceptores médicos e multiprofissionais nos mesmos moldes do primeiro projeto.

Uma das vertentes dos dois treinamentos é salientar que o bom líder educador é admirado pelo seu respeito e pela sua capacidade em desenvolver pessoas, que irão se inspirar na atuação do que eles fazem e falam, vão seguir seus passos e também se tornarão líderes com maiores oportunidades dentro da Instituição⁽⁵⁾.

Com foco no ensino e aprendizagem dos profissionais que desempenham a atribuição de serem preceptores e mediadores de conhecimento, adaptamos o projeto “Líderes Educadores” para este público alvo, e intitulamos “Líderes Preceptores”, seguindo a mesma concepção andragógica, método ativo e significativo⁽⁶⁾, construímos a capacitação com olhar aprofundado para as atribuições dos preceptores da instituição, visto que era uma necessidade já sinalizada por eles, de fomentar seus conhecimentos, embasamento e preparo para assistir e desenvolver os estudantes a eles delegados.

Não podemos deixar de citar, nesse contexto de desenvolvimento e engajamento, outro projeto que tem o intuito de preparar os colaboradores das áreas assistenciais para admitirem novos profissionais de forma instrumentalizada e estruturada – chamamos de “Projeto Preceptor”. O objetivo desse projeto é desenvolver os profissionais que recebem os novos colegas de trabalho com foco no acolhimento e acompanhamento do profissional por meio de um método *One-Minute Preceptor*, somado aos instrumentos de avaliação por competências e avaliação 360° e consequentemente tornar esse processo sólido para atrair e reter talentos.

O modelo de treinamento chamado *One-Minute Preceptor*, em português conhecido como método, o preceptor minuto, é utilizado para orientar o ensino baseado em casos no cenário clínico. Utiliza como estratégia o desenvolvimento de cinco micro-habilidades as quais favorecem o preceptor a conduzir a atividade de ensino: comprometimento, busca de evidências, ensino de regras gerais, reforço dos acertos e correção dos erros⁽⁷⁾.

Implementamos, ajustamos, tivemos a oportunidade de vivenciar por meio de avaliações, conversas em equipe e discussões, tanto com os colaboradores recém-admitidos quanto com os gestores e profissionais que estão exercendo a atividade de preceptor e todos relataram que o projeto contribuiu de forma a fortalecer e apoiar gestores e equipe. Dentre os feedbacks dos profissionais que aplicam o método preceptor minuto, destacamos o fato de se sentirem melhor preparados para receberem os novos profissionais, com técnica de ensino e aprendizagem, o qual proporciona conhecer suas experiências prévias, contextualizando o cenário que está sendo discutido e favorecendo estudo dos protocolos e processos assistenciais.

A capacitação do Projeto Preceptor inicia com uma roda de conversa com os profissionais que foram indicados pelos seus gestores para ser referência para treinamento admissional. Em grupo, em rodas de conversas,

fazemos diversas reflexões, como por exemplo, como é ingressar no mercado de trabalho em uma instituição de saúde, sobre o perfil dos novos profissionais da geração nativos digitais, como é lidar com pacientes com diagnósticos de doenças ameaçadoras à vida, entre outros assuntos. Em seguida, entregamos um impresso piloto do modelo de desenvolvimento profissional baseado em competências. Discutimos o instrumento e abrimos para sugestões de melhoria. Após apresentamos o modelo de desenvolvimento e aplicação teórico-prática chamada *One Minute Preceptor*, que será o modelo a ser usado durante a aplicação do instrumento de avaliação por competências. Nesse dia, realizamos simulação realística com o preceptor utilizando o método *One Minute Preceptor* e discutimos os pontos fortes, fracos, acertos e melhorias. Durante o projeto piloto desse modelo de desenvolvimento admissional, conseguimos acompanhar os novos preceptores e colaboradores.

Com a evolução do programa constatamos que o acolhimento se tornou mais humanizado para ambos, além de fortalecer o papel do preceptor como educador, com o auxílio das ferramentas de ensino-aprendizagem e *feedbacks*, *feedup* e *feedforward* constantes, todos esses fatores apoiam os gestores no desenvolvimento do novo profissional, além de fortalecer a equipe. Dessa maneira, ampliamos a possibilidade de melhores práticas assistenciais, transmitindo a essência do cuidar de pessoas e capacitando os profissionais com o olhar de que todos conseguimos nos desenvolver como educadores em saúde.

Diante desse cenário, vislumbram-se diferentes práticas educativas aplicadas ao trabalho, buscando estratégias de ensino aprendizagem e ferramentas metodológicas em contexto presencial e remoto. A distância não foi barreira para que esse direcionamento ocorresse, inclusive mantivemos a construção de novas propostas de qualificação dos trabalhadores e isto nos tem proporcionado grandes evoluções e transformações. Sobretudo, observamos os profissionais mais engajados, com pensamento crítico-reflexivo, transcendendo a condição de sujeito passivo, e empoderando-se em seus papéis de protagonista no processo educativo⁽⁸⁾.

Salientamos que a educação tem poder transformador, e está ligada à justiça, verdade, beleza e ao bem. Afirmamos então, que o desenvolvimento de líderes que educam seus profissionais para liderar é um diferencial no mundo institucional e exige dedicação, pró-atividade, iniciativa, empatia, dinamismo, olhar individualizado e sistemático. E é com a capacidade de educar, que seremos capazes de liderar e conduzir equipes⁽⁵⁾.

Mas não podemos falar de educação na saúde sem falar do desenvolvimento de competências, ela conecta diferentes áreas do saber, e tem como objetivo a combinação de conhecimentos, habilidades, e atitudes, o que chamamos de CHA. Essa nova aprendizagem é aliada aos métodos ativos, que transforma o modelo tradicional expositivo de educação. Nesse cenário, os aprendizes passam a ser os protagonistas de seu processo de aprendizagem⁽⁴⁾.

As Instituições de saúde precisam de pessoas qualificadas na teoria e nos conteúdos, mas que também sejam responsáveis, tenham capacidade de tomar decisões, liderar e conduzir suas relações. E o ensino por competências é capaz de desenvolver essas capacidades, criando um perfil modelo para que as instituições avaliem seus colaboradores, buscando uma equipe engajada em alcançar os melhores resultados. E daí observamos dois elementos da competência que são essenciais: os valores e o engajamento profissional, daí o que antes chamávamos de CHA, agora devemos caracterizar como CHAVE (conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e engajamento)⁽¹¹⁾.

Porém, quando falamos de educação de adultos, andragogia e heutagogia temos que atuar na sua essência, então trazemos um novo conceito de competência, que acaba sendo primordial para desenvolvermos profissionais de excelência, pois ter conhecimento, habilidade e atitude dentro da complexidade do que atuamos observa-se que existe a necessidade ainda de requerer um aprofundamento de reflexões, pois, se não estiver motivado, se não amar o que faz e não almejar bons resultados, não ocorre a efetivação do ensino e aprendizado e daí surge a palavra CHAMAR (conhecimentos, habilidades, atitudes, motivação/engajamento, amor e resultados).

Então, quando falamos de desenvolvimento de pessoas, principalmente em se tratando de profissionais que atuam na área da saúde, vislumbramos um perfil que tenha: conhecimento, habilidade e atitude, porém

que também tenha valores que vão de encontro com os institucionais, tenha engajamento e isso o motive, para que atue com mais amor, e foco em resultados.

Sabe-se que quando se tem motivação/ engajamento se quer aprender pelo vínculo que ocorre na situação em que se vive, quando se aflora a emoção e quando as pessoas se sensibilizam na situação que estão discutindo/aprendendo e, quando se utiliza os sentidos, o processo de ensino e aprendizagem ocorre de forma mais efetiva, e quando se ama o que se faz o que se aprendeu se retém com maior aprofundamento e extensão de periodicidade, tudo o que se faz deve-se dar significado, e olhar resultados nesta prática faz com que tenhamos sequência gerencial nas ações de desenvolvimento.

Quando falamos em engajamento, motivação, amor e resultados, experienciamos outra contribuição relevante para garantir a qualidade da assistência, que foi a idealização de práticas e desenvolvimento de um plano de ação para o trabalho relacionado às metas internacionais de segurança ao paciente, sendo este, um dos grandes desafios mundiais das instituições hospitalares priorizando a garantia da segurança do paciente e com olhar também voltado ao colaborador.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente embasado pela OMS preconiza que os serviços de saúde trabalhem com as seis metas internacionais de segurança do paciente, as quais: Identificar corretamente os pacientes; Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e lesões por pressão⁽⁹⁾.

Houveram alguns encontros para desenvolver o projeto e cronograma junto à diretoria e governança clínica, estabeleceu-se que para o sucesso e implementação efetiva do programa todos os colaboradores tanto da assistência direta como indireta ao paciente deveriam conhecer e compreender as metas de segurança. Dentre os objetivos estruturou-se um programa educativo, baseado em protocolos institucionais, adequado a cada realidade de acordo com os níveis de atenção à saúde pautada nas metas internacionais de segurança do paciente.

Em parceria com a governança clínica, por meio de reuniões semanais, foram articuladas as propostas que seriam desenvolvidas. A equipe da educação corporativa/ permanente ficou responsável pela organização de atividades bimestrais de sensibilização das metas internacionais de segurança do paciente aos colaboradores. Para a organização e planejamento das atividades que foram desenvolvidas cada membro da equipe ficou responsável por desenvolver um tema, baseado nos princípios do método ativo de aprendizagem, e apresentar antecipadamente aos demais, a fim de obter contribuições consideráveis para a aprendizagem significativa dos colaboradores. Além das atividades educativas bimestrais, a equipe da educação corporativa manteve o incentivo para que os líderes desenvolvessem em seus setores, os treinamentos relativos às metas internacionais de segurança do paciente, no mês de apresentação da meta trabalhada e no mês subsequente.

As ações de sensibilização foram trabalhadas pela equipe da educação corporativa/ permanente por meio de dinâmicas, jogos interativos, rodas de conversa, pautadas nos princípios do método ativo de ensino-aprendizagem, andragogia e aprendizagem significativa. Ao término das atividades realizadas com os colaboradores foi entregue um link e/ou QR Code para que os mesmos respondessem o formulário de avaliação de aprendizagem da meta internacional trabalhada.

Por meio deste formulário, realizado no *google forms* conseguimos avaliar os conhecimentos prévios e adquiridos durante a ação educativa, a média de acertos indicou boa absorção do conteúdo pelos colaboradores.

Dando continuidade a esse processo, incorporamos as metas internacionais de segurança do paciente na trilha de treinamento anual desenvolvida junto aos setores, no qual mensalmente os profissionais da instituição trabalham seus conceitos e práticas, uma meta a cada bimestre, revisitando esse conteúdo anualmente, estimulando o protagonismo profissional e uma aprendizagem significativa, dentro dos preceitos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁽³⁾. Esse movimento foi realizado nacionalmente em toda rede de saúde nacional da instituição.

Posteriormente iniciamos um novo ciclo de aproximação com a temática, tendo webinar e entrevistas mensais de acordo com os protocolos das metas internacionais. Também foram inseridas as gravações na plataforma oficial do hospital para que todos tenham acesso, juntamente com vídeos explicativos, documentos e protocolos para consulta. As atividades realizadas pela equipe de educação corporativa/ permanente em uso do método ativo favoreceram o aprendizado dos colaboradores da instituição.

A prática pedagógica crítica que impulsiona a participação ativa dos colaboradores em todas as etapas do processo, cujo eixo central está na aprendizagem, desenvolve o protagonismo profissional e amplia o conhecimento, refletindo diretamente na assistência prestada⁽⁶⁾.

Não obstante, dentre as experiências exitosas vivenciadas pela equipe da educação corporativa/ permanente, destaca-se o desenvolvimento dos profissionais da própria equipe da educação que chamamos de “Desenvolvimento de Educadores”. Este ocorre de duas formas: por meio de capacitações mensais desenvolvidas por seus membros ou convidados referência na área e por meio de parcerias internacionais.

Para os treinamentos mensais realizamos inicialmente o levantamento de necessidades de treinamento com rodas de conversa e formulários anônimos para que todos os membros da equipe pudessem expressar sua opinião livremente. A partir do levantamento das necessidades, definimos a frequência dos treinamentos e a distribuição dos temas para os participantes conforme a experiência, interesse e expertise do profissional.

Para o desenvolvimento de trabalhadores em todo o país de diversas instituições, membros da equipe e pessoas para o tratamento de pacientes que necessitam de seus cuidados foi firmada uma parceria internacional a qual é composta por parte dos membros da equipe de educação corporativa/ permanente. Nessa parceria desenvolvemos ações e estratégias de melhorias de hospitais nacionais pautadas em revisões bibliográficas da literatura, análise situacional do cenário brasileiro, construção de planos de ação e efetivação do plano.

Para ampliar ainda mais o conhecimento e diversificar a informação com foco em métodos de ensino para todos os colaboradores da instituição, realizamos o projeto “Ferramentas para resolução de problemas – Modelo adaptado da Problematização e Problem Based Learning”. Dividido em 5 etapas: Etapa 1 - Brains-torming + Diagrama de afinidades: identifica os conjuntos de problemas em comum dos participantes, lista os problemas, agrupa e escolhe um específico para ser resolvido – que denote viabilidade de ser resolvido; ETAPA 2 - Coleta informações sobre os problemas: Pesquisa sobre o problema com foco na busca de maior entendimento e estruturação de propostas de resolutividade; ETAPA 3 - Resume e analisa os dados coletados: Inicia o planejamento de ações para a solução do problema; ETAPA 4: Levantamento de ideais para resolução do problema: Lista um conjunto de possíveis soluções para resolução do problema; ETAPA 5: Escolha do problema que será resolvido e apresentação: Seleciona, em meio as ideias propostas, a resolutividade do problema.

Ao final o facilitador realiza reflexões da prática, como: O que vocês acham da solução proposta? Imaginavam que ela seria a melhor? Ela foi recomendada logo no início ou no final da discussão? Como foi pensar no problema e solução de modo coletivo? Como se sentiram participando da atividade? E no fechamento da atividade refletimos a respeito e observamos que: A maioria dos problemas tem mais de uma maneira de resolver, além do que, somos diferentes uns dos outros e o colega pode sempre contribuir com uma nova percepção ou com algo que até então não enxergávamos, por isso que é importante compartilhar informações. E ao final, é realizado o fechamento da atividade fazendo uma reflexão de como essa proposta/ método pode ser aplicado no dia-a-dia da prática em diversos momentos para resolução de problemas, melhoria de processos e fluxos nos setores tanto assistenciais, quanto administrativos, propõem-se que seja disseminado o método para contribuir com as ações, atividades e melhor funcionamento do setor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios são constantes para quem trabalha com foco na educação e no ensino-aprendizagem, mas, a procura do profissional nas participações em ações de desenvolvimento oferece satisfação e alinhamento para um trabalho efetivo.

Aprende-se com experiências exitosas de grande expressão, valia e repercussão, a serem admiradas, conquistadas e almejadas. São contribuições prósperas de resultados proveitosos, e constante evolução, pois, a motivação é evidente para melhoria da prestação de serviço à população por meio de desenvolvimento de profissionais com a ressignificação de práticas, fortalecimento do trabalho, adaptabilidade ao novo, estudo árduo em diferentes conceitos e métodos.

Diante de todo o exposto (e muito mais) ações educativas, tem um olhar atento a toda situação que promove desenvolvimento, melhoria de práticas, busca resultado satisfatório e com foco contínuo de que tudo o que planejamos, agimos, batalhamos e trabalhamos e é em prol de profissionais, pacientes e familiares, para garantir qualidade na assistência e segurança do colaborador e de quem cuidamos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a oportunidade de divulgar e compartilhar um pouco da nossa prática à ABEN-SP, a toda equipe de Educação Permanente por tantas e valiosas conquistas de um trabalho conjunto, a instituição que acredita e incentiva a mudança de cultura no ensino na saúde, a todos os multiplicadores que acreditam, ensinam e aprendem todos os dias. A nossa família sempre presente e tão importante em nossas vidas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
2. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. Aprendizagem de resultados: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa [Internet]. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011[cited 2021 Jul 20]. Available from: <http://acervo.espm.br/acervo/doc/4557.pdf>
3. Assoni MAS, Bazaglia FC. Educação permanente na prática. In: Santos RP, (Org.). Rotinas de Enfermagem. 2a edição. São Paulo: Eureka; 2023. p. 589-602. V. 2.
4. Assoni MAS, Zanzarino DP, Campitelli EM. Liderança Educadora: um diferencial transformador para instituições de saúde. Saúde Coletiva (Barueri). 2022;12(77):10594–7. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2022v12i77p10594-10597>
5. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 78p.
6. Cecim RB, Ferla AA. Educação Permanente em Saúde [Internet]. 2009[cited 2021 Jul 20]. Available from: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>
7. Machado MA. Preceptoria em um minuto: capacitação dos preceptores de uma Maternidade Escola para a melhoria do ensino-aprendizagem dos residentes[Dissertação] [Internet]. Natal-RN. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2020[cited 2021 Jul 20]. Available from: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/30670/1/MichelleAraujoMachado_DISSERT.pdf
8. World Health Organization (WHO). Nurse educator core competencies. Geneva: World Health Organization; 2016.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 2 de abril de 2013 [cited 2018 Jul 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c11>

PRÁTICAS DE ENSINO DIFERENCIADAS EM PROGRAMAS DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM NO PERU: LIÇÕES PARA A DOCÊNCIA INTERNACIONAL

Marceli Vituri Marques^I

ORCID: 0000-0002-4378-287X

Maria Aurélia da Silveira Assoni^{II}

ORCID: 0000-0002-6460-9267

^I Escola Proz Enferminas.
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^{II} Hospital de Câncer de Barretos.
Barretos, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

Maria Aurélia da Silveira Assoni.
E-mail: aureliaassoni@yahoo.com.br



Como citar:

Marques, MV, Assoni MAS, (Org.). Práticas de ensino diferenciadas em programas de especialização em enfermagem no Peru: lições para a docência internacional. In: Melaragno ALP, Fonseca AS, Assoni MAS, Mandelbaum MHS, organizadoras. Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 91-6 p
<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c11>

INTRODUÇÃO

Relato de experiência vivenciado pelas autoras ao integrar um programa de docência internacional. Os cursos têm aprovação das Diretrizes Nacionais Peruanas e a certificação é emitida pela parceria entre Universidades Privadas Brasileira e Peruana. Esta vivência permite relatar os desafios encontrados ao se lecionar em outro país com diferenças no idioma, fatores culturais, econômicos, próprios da profissão de enfermagem e sistema de saúde, sustentados por referências bibliográficas e científicas. Com o contexto pandêmico e a suspensão das aulas presenciais, as ações habituais de ensino, pesquisa e extensão necessitaram de remodelamento por meio das tecnologias de informação e comunicação para a conclusão da turma. Como contribuições, espera-se estimular e intensificar a mobilidade internacional especialmente no âmbito da pós-graduação/especialização, considerando a sua importância para o aperfeiçoamento da profissão e a excelência do ensino superior brasileiro por meio do intercâmbio científico e cultural no exterior⁽¹⁾.

O enfermeiro educador necessita, como qualquer outro grupo, de uma melhoria contínua na formação científica (técnica) e tecnológica que deve estar apoiada em modelos de práticas e evidências derivadas das pesquisas presentes na Especialização⁽²⁾. Para buscar aprimoramento, dentre os níveis de estudo alcançados, tem-se a pós-graduação *latu-sensu* - Especialização, que no Peru, recebe o nome de Segunda Especialidad, sendo a graduação com formação geral a Primeira⁽³⁻⁶⁾.



A procura de enfermeiros por cursos que ofereçam a Segunda Especialidad en Enfermeria no Peru é muito grande, valorizam muito a experiência de docentes de outros países e nessa perspectiva, ocorre a valorização do docente, que agregam valores ao crescimento pessoal e profissional, contudo é necessário estar em constante preparação, lecionar em outro país requer além dos requisitos e conhecimentos próprios das disciplinas, o entendimento sobre o idioma, fatores culturais, econômicos, próprios da profissão e do sistema de saúde adotado.

Nos últimos anos, a pós-graduação brasileira tem buscado, de forma sistemática, a internacionalização de seus programas por meio de distintas estratégias. Vale considerar que a internacionalização do conhecimento é um importante indicador que proporciona intercâmbio de saberes e experiências promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias à produção de conhecimento⁽¹⁾.

Além disso, por se tratar de cursos voltados para a área da saúde, foi necessário reconhecer o funcionamento deste sistema no País para que os conteúdos oferecidos fossem compatíveis com a realidade de lá. Sendo assim tornou-se obrigatório o conhecimento para aplicabilidade das resoluções vigentes.

O curso é oferecido por encontros presenciais que acontecem mensalmente. Um grupo de docentes da Universidade privada do Brasil lecionam em diferentes especialidades de enfermagem.

O perfil dos alunos é constituído de predominância do sexo feminino, todos graduados em Enfermagem, sendo a maioria já trabalhadores de Instituições Hospitalares (privadas e públicas) e residentes no Peru.

Os métodos de ensino em sala de aula são diversificados, incluindo desde o método tradicional até uso de diferentes mídias, seminários, expositivas, dialógicas, magistral, demonstrativas, prática, entre outras.

A aula inaugural consiste em reunirmos todos os alunos das diferentes especialidades em um único ambiente. Posteriormente é realizado: apresentação individual de cada docente: área de atuação, titulações e cadastro no Conselho Regional de Enfermagem – COREN, que para eles é chamado de Colégio del Enfermero Peruano; apresentação da Universidade Brasileira: contendo informações sobre a história, credenciamento do curso de Enfermagem no Ministério da Educação (MEC), estrutura física e espaços como laboratórios, biblioteca, entre outros apresentação de imagens de alguns pontos turísticos do Brasil assim como informações pertinentes a cultura, economia e saúde no país; elaboração de um quadro comparativo, descrevendo as características da profissão de enfermagem Peruana versus Brasileira.

Este quadro é preenchido no momento da apresentação, com as respostas dos alunos peruanos e dos docentes brasileiros. Dentre os temas discutidos estão: datas comemorativas, duração da graduação, entidades representativas da classe, história da enfermagem no país, sistema atual de saúde, valores de contribuição para o Conselho e sindicato, símbolos representativos, média salarial, membros da equipe de enfermagem, locais de atuação, entre outros.

O quadro permite identificar as diferenças e semelhanças da profissão de Enfermagem que associados às demais atividades da aula inaugural corroboraram no planejamento e na inserção dos conteúdos do curso.

No início, a questão linguística foi uma das preocupações. Apesar do idioma espanhol possuir similaridades da língua portuguesa, não é algo tão simples assim. Existem palavras com escrita e pronúncia parecidas, porém com significados diferentes, e tanto para nós brasileiros quanto para os peruanos, o ato de falar rápido dificulta o entendimento.

Mediante a esta problemática alguns questionamentos foram feitos: como criar vínculos sem conseguir se comunicar corretamente? Como escrever as explicações no quadro? A escrita deverá ser em espanhol ou em português? As aulas expositivas, devem ser em espanhol ou em português? Os artigos para leitura em classe, devem ser em espanhol ou em português? A área da saúde tem uma terminologia própria, será que os termos técnicos são parecidos? Será que o aluno irá aprender? Quais metodologias serão utilizadas? Será utilizado ambientes virtuais e outras estratégias de tecnologia de comunicação? Terá estágios?

Nos primeiros encontros foram utilizadas diferentes estratégias para a execução das aulas, tais como: fala pausada, uso de figuras, aulas expositivas escritas em espanhol, repetitividade nos conteúdos ministrados,

observação no comportamento e na atitude dos alunos durante as aulas e a introdução de conteúdos de língua portuguesa no curso.

Foram realizadas visitas técnicas como recurso ao método de ensino, no qual os docentes acompanham os discentes para uma visão futura da profissão, sendo uma forma de aproximar a teoria com a prática.

A visita técnica também promove um potencial na educação profissional, mas não somente para o desempenho dos alunos, e sim também para aprimoramento da docência, pois foi possível vivenciar a atuação do enfermeiro no mercado de trabalho Peruano de acordo com as suas atribuições, políticas de saúde, estrutura física, regulamentos e legislação e adequar os conteúdos ministrados conforme as necessidades.

Vale ressaltar que, por mais que o docente tenha tamanha experiência em determinados conteúdos, lecionar em outro país requer a aquisição de valores sociais, culturais, e neste caso, os próprios da profissão de Enfermagem para capacitar de modo satisfatório os alunos.

O curso é composto por alunos de diferentes províncias peruanas, cada uma delas com características (valores/cultura) muito peculiares de cada região, que podem variar pelo número de habitantes, temperatura local, área urbana, rural ou florestal, principais patologias, entre outras.

Quanto às bibliografias utilizadas e indicadas, além de se utilizar as referências internacionais de uso comum para todos os países, foi realizado um levantamento das mais utilizadas no Peru (MINSA – Ministério del Salud del Perú) e no Brasil, e assim enriquecemos as aulas fazendo um comparativo das aproximações e divergências.

Os estágios curriculares, traduzidos para o espanhol como *pasantía*, tornaram-se um atrativo no curso^(4,5). Os alunos estrangeiros puderam vivenciar no Brasil, o reconhecimento, as atribuições do enfermeiro na atenção primária, secundária, terciária e na docência. Foram realizadas visitas em diferentes instituições de Saúde atendendo a particularidade de cada especialidade. Foi realizada também uma visita a nossa entidade de classe regional de São Paulo.

Para que esta mobilidade acadêmica internacional ocorresse tornou-se necessário verificar junto ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo quais são os requisitos para que o Enfermeiro Peruano possa exercer atividades práticas nas Instituições hospitalares e de Educação no Brasil.

Os trabalhos de conclusão de curso são um dos maiores desafios. É exigido que a fonte de busca seja a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) peruana, onde são encontradas as melhores bases de dados específicas para a Enfermagem e áreas em afins, porém aproximadamente 90% da turma desconhece a forma de utilização, apresentam muitas dificuldades em diferenciar descritores de palavras chaves, sendo necessário dentro do programa ministrar aulas de metodologia científica e práticas de busca no site.

Foi organizado pelo corpo docente, um Mostra Científica, no qual os trabalhos de conclusão de Curso de todas as especialidades foram apresentados verbalmente, com direito a certificados de apresentação e participação como ouvinte. O evento teve como objetivo a socialização científica e aproximação teórica de novos saberes em diferentes áreas de atuação da enfermagem, além de permitir também conhecer referências de escritores nacionais e internacionais.

O curso ofertado era presencial, quando em março de 2020, por conta da Pandemia pelo novo coronavírus, tivemos as aulas suspensas, impostas pelas estratégias de combate da doença.

Com o contexto pandêmico, suspensão das aulas presenciais e fechamento dos aeroportos, as ações habituais de ensino, pesquisa e extensão necessitaram de remodelamento para que pudéssemos concluir a turma. Sabíamos que as Tecnologias de informação e comunicação (TICs) e as Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDICs), atenderiam a demanda ao ensino e a profissionalização, pois a Universidade Privada em parceria do Instituto Europeu nos últimos períodos gradativamente vinha capacitando seus docentes para atuar com estas ferramentas na Instituição nos cursos de graduação, e com a pandemia, estas medidas e treinamentos foram intensificadas^(7,8).

A formação é um fator importante para o desenvolvimento das práticas tecnológicas em sala de aula⁽⁹⁾. A “formação perpassa não só por um trabalho de alfabetização computacional do docente, mas também inclui outras questões, como: desigualdade de acesso, falta de familiaridade com o programa, readaptação

no planejamento educacional, metodologias de ensino utilizadas, revisitação ao currículo, quebra de paradigmas culturais no ensino tradicional e inclusive, uma revisão da própria abordagem pedagógica utilizada pelo docente”.

Teríamos o desafio de realizar aulas por web conferências, utilizando uma plataforma digital, porém, sabíamos que alguns alunos apresentavam dificuldades com o sinal da net, pois vivem na Amazônia Peruana.

Sabíamos que muitos alunos não conseguiriam assistir às aulas nos encontros estipulados e que as gravações das aulas, associadas a outras ferramentas como fóruns, e-mails, grupos de whatsapp etc., seriam os recursos para este cenário educacional.

É sabido que os Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA) são frutos da Tecnologia da Informação e Comunicação, e apresentam-se aos professores com inúmeras possibilidades de interação e aperfeiçoamento de sua prática docente⁽¹⁰⁾.

Por meio dos AVAs é possível utilizar as seguintes ferramentas: gerenciamento de conteúdo e tarefas, inserção de materiais digitais (ou links para eles) de diversos formatos; comunicação síncrona e assíncrona: ferramentas de chat, fórum e transmissões ao vivo, além de objetos digitais de aprendizagem como livro digitais, animações e jogos.

Optou-se pelo ambiente virtual, *Blackboard*, ferramenta de domínio de todos os Professores que ministravam aulas nos cursos de Pós-graduação no Peru. O docente é um dos atores determinantes para a condução da reconfiguração de saberes, ou ainda para a construção de novos paradigmas educacionais⁽¹¹⁾.

Nos primeiros encontros as principais dificuldades encontradas foram: acesso a plataforma (legenda escrita em português), esquecimentos para fechar os microfones e câmeras (som externo poluindo as informações pertinentes a aula), sinal de net enfraquecido devido a localização dificultando a abertura de microfones e interação verbal (interação escrita preservada), problemas que foram superados a medidas que os alunos manipulavam a plataforma.

Para muitos estudantes, foi uma experiência nova no qual puderam aprender que é possível estudar estando em diferentes lugares (estados ou até países), e que a educação está caminhando para outros modelos que se diferem do tradicional caracterizado somente pela presença do professor na frente da sala^(12,13).

A flexibilidade da metodologia adotada, também permitiu, que os alunos que não pudessem estar presentes nas webconferências devido ao trabalho, e vale lembrar que são alunos Enfermeiros (classe muito requisitada durante a pandemia), pudessem ter acesso ao conteúdo e as atividades (links de gravação) nos horários que se encontravam mais livres.

A atual necessidade de ensino remoto ou à distância, emergida pela pandemia de Covid-19, demonstrou o quanto as TICs e as TDICs contribuíram para o acesso à educação.

No Peru, pode-se observar desafios na formação de estudantes ao lidarem com a tecnologia. Em meio às dificuldades, a criatividade e a superação foram se destacando no uso de plataformas digitais e foi possível terminar a turma com resultados positivos e efetivos, sem evasão. Alunos com dificuldades de sinal se programavam para assistir às aulas na casa de um colega no qual o sinal era melhor. Por fim, não posso deixar de mencionar o desenvolvimento de habilidades como: enfrentamento para manipular os aparelhos digitais, disciplina, organização, capacidade de concentração e integração com os professores e colegas para ampliar o conhecimento.

Diante da relevância profissional e intelectual que a realização deste projeto pode proporcionar, além da oportunidade de crescimento pessoal e cultural, a escolha por participar deste programa apresentou-se como um grande desafio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É válido destacar que, por mais experiências e vivências que tenhamos como docente e com a Enfermagem, o fato de executar a docência em outros país nos faz repensar como é importante ter que se apoderar

de outras ferramentas que não sejam somente as específicas e próprias do ensino e da profissão. É ter que tomar posse de diversas informações para que o objetivo de capacitar os enfermeiros em um sistema de saúde diferente do nosso seja alcançado.

Quando um professor de enfermagem decide lecionar em outro país, ele traz consigo uma riqueza de conhecimento, perspectivas e práticas de ensino que podem ser diferentes daquelas do país de acolhimento. Essa diversidade cultural e acadêmica é um ativo inestimável, enriquecendo o ambiente de aprendizado e fornecendo aos alunos uma visão global da profissão. Além disso, a exposição a diferentes sistemas de saúde e abordagens de enfermagem permite que os alunos adquiram uma compreensão mais abrangente e adaptável da enfermagem, preparando-os para enfrentar desafios diversos em suas carreiras futuras.

A oportunidade de conhecer e poder discutir as questões de saúde e de enfermagem no Peru possibilitou a revisão de conceitos e um olhar mais reflexivo a respeito das práticas de enfermagem e da docência. Torna-se muito gratificante e é uma grande responsabilidade representar o ensino brasileiro em outro país. O exercício da docência em outro país, o idioma, a observação, adaptação de costumes, a conquista de amizades, entre outros fatores, acarretou num crescimento pessoal, profissional e social.

A experiência de ensino no exterior também aprimora a habilidade do professor em se comunicar eficazmente com uma audiência multicultural. Isso ajuda a melhorar suas habilidades de comunicação intercultural, sensibilidade cultural e competência cultural, competências essenciais em um mundo globalizado. Ao transmitir conceitos complexos de enfermagem de maneira acessível e respeitosa, o professor inspira os alunos a se tornarem enfermeiros culturalmente competentes e conscientes das necessidades diversificadas de seus futuros pacientes.

Para os alunos, a presença de um professor estrangeiro de enfermagem oferece uma oportunidade única de aprendizado. Eles são expostos a diferentes abordagens de ensino, estilos de aprendizado e pontos de vista, o que incentiva a reflexão crítica e a adaptabilidade. Além disso, a interação com um educador internacional pode inspirar os alunos a considerar oportunidades de carreira globais e a abraçar a diversidade cultural como um ativo em suas futuras práticas de enfermagem.

A mobilidade da docência apresenta-se como uma valiosa ferramenta para a inserção de professores em diferentes cenários culturais, oferecendo-lhes a oportunidade de vivenciar contextos acadêmicos diferentes. Essa experiência enriquecedora amplia horizontes e promove a evolução contínua do ensino e da aprendizagem na área da enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes JD, Silva RMO, Silva ACP, Mota LSR, Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro ALAO, Souza RSA. Perfil dos cursos de especialização em enfermagem no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31(2):e16660. <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i2.16660>
2. Ferreira IG, Carreira LB, Botelho NM. Mobilidade internacional na graduação em medicina: relato de experiência. *ABCS Health SCI.* 2017;42(2):115-9. <https://doi.org/10.7322/abcshs.v42i2.1013>
3. Lemos SMA et al. Pesquisadores brasileiros na pós-graduação de Antropologia Médica na Espanha: relato de experiência. *Interface (Botucatu).* 2017;21(60):199-207. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0962>
4. Colegio de Enfermeros del Peru (PE). Consejo Nacional. Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera(o) 27669 [Internet]. Lima, Enero 2002[cited 2020 Jul 20]. Available from: <https://www.cep.org.pe/>
5. Presidencia de la República (PE). Decreto Supremo n°004-2002. Ley del Trabajo de la Enfermera(o) Peruano - número 27669 [Internet]. Lima, Enero 2002[cited 2020 Jul 20]. Available from: https://www.mintra.gob.pe/archivos/file/normasLegales/DS_004_2002_SA.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (PE). Trámites y servicios [Internet]. 2021[cited 2021 Jul 20]. Available from: <https://www.inei.gob.pe/>
7. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Resolución Rectoral n.0631-2016 – UNAP/Iquitos basada na Resolución Rectoral número 1330-2014 [Internet]. Iquitos, Junio 2016[cited 2021 Jul 20]. Available from: http://www.unapiquitos.edu.pe/transparenciaaa/Documentos_UNAP_2016/Res_rectorales_2016/junio_16/RR-0631-2016-UNAP.pdf

8. Shaw GSL, Silva Junior GS. Formação docente para uso das TIC no ensino de Matemática: percepções de professores e estudantes de um curso de Licenciatura em Matemática. Rev Ensino Ciênc Mat. 2021;10(6):163-84. <https://doi.org/10.26843/rencima.v10i6.2139>
9. Silva DO. O uso do celular no processo educativo: possibilidades na aprendizagem. In: Educere: Congresso Nacional de Educação, Anais [Internet]. Pará: PUCPR; 2015[cited 2021 Jul 20]. p. 20454-62. Available from: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/20638_8173.pdf
10. Medeiros MF, Medeiros AM. Educação e tecnologia: explorando o universo das plataformas digitais e startups na área da educação. In: Congresso Nacional de Educação - CONEDU, 5. Anais [Internet]. Campina Grande: Realize; 2018[cited 2022 Jul 20]:1-12. Available from: <http://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/47101>
11. Guevara AJH, Dib VC. Da sociedade do conhecimento à sociedade consciência: princípios, práticas e paradoxos. São Paulo: Saraiva; 2007.
12. Tezani TCR. A educação escolar no contexto das tecnologias da informação e da comunicação: desafios e possibilidades para a prática pedagógica curricular. Rev Faac (Bauru) [Internet]. 2011[cited 2021 Jul 20];1(1):35-45. Available from: <https://www3.faac.unesp.br/revistafaac/index.php/revista/article/viewFile/11/5>
13. Okagawa FS, Bohomol E, Cunha ICKO. Curso de especialização em gestão em enfermagem: propostas de melhorias segundo discentes. REME Rev Min Enferm. 2014[cited 2021 Jul 20];18(2):320-6. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/930>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c12>

TREINAMENTO ADMISSIONAL E A EDUCAÇÃO PERMANENTE

Amanda Gleice Fernandes Carvalho¹

ORCID: 0000-0002-3576-4663

¹ Universidade do Vale do Paraíba.
São José dos Campos, São Paulo, Brasil.**Autora Correspondente:**Amanda Gleice Fernandes Carvalho
E-mail: amandagleice2013@gmail.com**Como citar:**

Carvalho AGF. Treinamento admissional e a educação permanente. In:
Melaragno ALP, Fonseca AS, Assoni MAS, Mandelbaum MHS, organizadoras.
Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. p 97-103.
<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c12>

INTRODUÇÃO

O mundo se transformou após a pandemia. Muitos setores hospitalares se perceberam perdidos com tantas informações e necessidade de atualizações constantes. Assim também aconteceu com o Serviço de Educação Permanente dos Hospitais. As informações encontravam-se desencontradas, muitas vezes necessitavam ser atualizadas constantemente para assegurar que a equipe estivesse segura para prestar atendimento e o paciente estivesse sendo cuidado. Os profissionais de Educação Permanente não mediram esforços para tornar o processo de treinamento possível e também para que o conhecimento pudesse chegar a todos os profissionais e prepará-los para o enfrentamento da pandemia.

Outro setor que sofreu impacto foram as faculdades da área da saúde, que por necessidade da população e em atendimento às necessidades de formação dos acadêmicos em que houve a proposição do retorno das aulas de forma remota. A área da saúde/enfermagem necessitou de uma readequação diferente da exigida pelo ensino superior presencial, o que ocasionou um certo comprometimento na formação acadêmica, no que se refere à integração ensino/pesquisa/extensão, assim como as atividades práticas e de estágio, dos formandos na época da pandemia de COVID-19⁽¹⁾.

A Educação Permanente, dentro desse contexto se destaca por seu papel estratégico e por ter como preocupação principal o trabalho como o ponto de partida para o conhecimento, estando vinculado ao dia a dia do trabalhador e do processo ensino-aprendizagem, com perspectivas para o desenvolvimento e integração do trabalho de forma



inter e multiprofissional através de ações orientadas e integradas e como ganhou regulamento na Política Nacional dos Trabalhadores do SUS fortaleceu-se muito mais como uma função necessária^(2;3).

A Educação Permanente nessa época foi fundamental, e é até os dias de hoje; mas sobretudo na pandemia, pois os recém-formados da área da saúde, foram absorvidos em seus processos de trabalho com uma formação deficitária, devido ao fato do mundo atravessar a pandemia e a dificuldade das instituições acadêmica em oferecer estágio prático. O treinamento admissional foi um dos marcos importantes para a preparação desses profissionais e os treinamentos para o desenvolvimento de desempenho profissional. As capacitações também se fizeram importantes para elevar o desempenho profissional e melhorar a retenção de talentos de profissional com alta performance.

Um de seus processos de trabalho que é o treinamento profissional referente aos procedimentos e normas de paramentação e desparamentação corretos e tantos outros procedimentos que fizeram parte e que se apresentavam como conhecimentos novos e que necessitavam de serem aprendidos de forma rápida devido a demanda o trabalhador da Educação Permanente estava presente nos processos de organização, planejamento e execução das capacitações. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é entendida como aquela que procura manter o vínculo entre formação e exercício profissional, por meio da adoção de novos métodos de ensino/aprendizagem, em especial, a problematização e a aprendizagem significativa sendo uma estratégia de transformação na formação/ensino e de gestão dos serviços de saúde, promovendo mudanças na atenção, na formulação de políticas e de controle social⁽⁴⁾.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se apoia no método do ensino problematizador, capaz de produzir conhecimento que responda as angústias, e desafios que o trabalhador enfrenta em seu cotidiano, por meio da reflexão de suas vivências e experiências, incentivando a reflexão crítica da realidade por meio da aprendizagem significativa de modo a gerar novas perguntas e transformar a realidade onde o trabalhador atua⁽⁵⁾. Pode-se compreender a grande importância desses profissionais no âmbito da pandemia que tanto atuaram e ajudaram os trabalhadores a se adaptarem às constantes mudanças nos cenários da Epidemia COVID-19.

A reflexão crítica dos problemas vivenciados no cotidiano de trabalhador, intermediados pela EPS repercute positivamente na assistência prestada, visto que contribuem para a criação de novas possibilidades. A gestão dos problemas unidos à reflexão crítica do trabalho vivenciados na prática do indivíduo (intermediado pela EPS) permite a ampliação da capacidade de autoavaliação pelos profissionais com relação às lacunas existentes entre o cenário ideal e o vivenciado no contexto dos serviços de saúde e os impulsiona a ser vistos como protagonistas da mudança que esperam que aconteçam⁽⁶⁾.

Faz-se importante a distinção de termos relacionados ao Ensino na saúde, para melhor compreendermos a dimensão e a diferença existente entre esses termos. É relevante destacar que Educação Permanente, Educação Corporativa e Educação Continuada como sendo processos que se configuram pela continuidade das ações educativas, ainda possuem métodos diferenciados, e quando implementados em parcerias possibilitam a transformação profissional através do desenvolvimento de habilidades, competências e atitudes fortalecendo as práticas de serviço⁽⁷⁾.

A Educação Continuada tem como significado principal “um conjunto de práticas usuais que objetivam mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e atenção à saúde”⁽⁸⁾. A Educação Continuada considera a realidade institucional e social e também busca proporcionar ao trabalhador a aquisição de conhecimentos, para o alcance de sua capacidade profissional e desenvolvimento pessoal.

Para que seja estabelecida essas reflexões sobre sua realidade faz-se necessária a diversificação metodológica centrada em uma aprendizagem problematizadora que incentiva o protagonismo do profissional na descoberta de caminhos e soluções para a resolução de seus problemas cotidianos. Esses métodos dentro do contexto hospitalar podem ser considerados ações referentes à prática, orientações, treinamentos, capacitações, *gameificação* e tantas outras formas de contribuir e desenvolver os recursos humanos institucionais⁽⁹⁾.

A Educação Permanente permeia os espaços do desenvolvimento do trabalhador em saúde. Algumas frentes que os profissionais da Educação Permanente podem se integrar: Integração Institucional e Treinamento e Desenvolvimento de pessoas. Esses são os espaços que o Profissional de Educação promoverá a reflexão do trabalhador.

Para que ocorram as transformações no trabalho, a literatura traz a necessidade de criação de espaços destinados à reflexão com a utilização de estratégias formativas que levem em consideração as experiências e práticas vivenciadas pelos profissionais para que seja facilitado o processo de ensino-aprendizagem dos trabalhadores para que seja efetiva atuação de profissionais de EPS⁽¹⁰⁾.

O Treinamento Admissional (TA) tem o objetivo de preparar o profissional recém admitido para o exercício de sua função baseada na missão, visão, valores e filosofia da instituição. O TA amplia o conhecimento referente às normas e procedimentos executados na instituição e diminui as variações e vícios trazidos das experiências dos profissionais tornando ao molde da organização esculturando ao seguimento de diretrizes assistenciais, visando, portanto, a prestação de assistência de qualidade em quaisquer setores que se propuserem a contribuir⁽¹¹⁾.

Geralmente o treinamento admissional é uma preleção teórica/prática dirigida direcionada a atividade que o colaborador irá desempenhar, pois como bem sabido as atividades dos demais setores visam atender as demandas das atividades fim. Há variações de quantidade de dias para adaptação do profissional, de acordo com a necessidade de cada instituição. A organização do Treinamento e os profissionais que compõem o compartilhar das rotinas é organizado pelo Profissional de Educação Permanente bem como o cronograma dos treinamentos, se serão presenciais, virtuais, in loco... etc.

Por ser de conhecimento da gestão, sendo o grande contingente de Recursos Humanos dos ambientes hospitalares corresponder à equipe de Enfermagem, cerca de 70% de todo o pessoal, preferencialmente um dos membros da equipe (ou o membro) de Educação Permanente seja um profissional que tenha formação em Enfermagem, porém, não obrigatório, pois, treinamentos a esse grande contingente de pessoal pode ser ministrado pelo próprio profissional Enfermeiro no setor em que atuam⁽¹²⁾. Caso haja necessidade de outro treinamento ser aplicado que não seja de competência técnica, o profissional pode exercer o papel de co-gestão dos gestores que necessitam aplicar um treinamento mais direcionado.

Segundo a o Decreto 94.406/1987 que regulamenta a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, estabelece sobre o papel do Enfermeiro:

[...]

Art. 8º – Ao enfermeiro incumbe:

[...]

II – como integrante da equipe de saúde:

[...]

m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;

n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada [...]

(BRASIL, 1987).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em que a Resolução Cofen nº 564/2017, ressalta como um direito:

[...]

Art. 4º Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão.

[...]

Art. 17 Realizar e participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, respeitando a legislação vigente.

[...]

Art. 19 Utilizar-se de veículos de comunicação, mídias sociais e meios eletrônicos para conceder entrevistas, ministrar cursos, palestras, conferências, sobre assuntos de sua competência e/ou divulgar eventos com finalidade educativa e de interesse social [...] (COFEN, 2017).

A legislação acima fundamenta as competências e habilidades do enfermeiro em assumir o papel de educador em uma instituição de saúde. O profissional da Educação Permanente é o especialista que predominantemente de forma instituída é o facilitador dos processos educativos e tem o poder de estimular a autonomia e o protagonismo do indivíduo, além de favorecer os processos de análise e reflexão coletiva, tornando um meio indispensável para os trabalhadores, usuários e líder/gestor devido a sua atuação. É o profissional que possibilita a mobilidade dos trabalhadores da saúde quanto a necessidade de mudança e tornar o campo de trabalho fértil para o aprendizado por meio de estratégias para potencializar as capacidades dos indivíduos⁽¹⁵⁾.

O trabalho da Educação Permanente, em âmbito hospitalar, deve ser articulado principalmente com ações conjuntas com os setores de Qualidade, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, comissões hospitalares e demais setores. As ações devem subsistir de forma articulada com esses setores a fim de serem expressivas e que culminem em consequente resultados. Sem essa articulação será muito difícil perceber a intervenção pelos demais colaboradores e pela alta gestão do hospital. Outro apoio importante que deve ocorrer em ambiente hospitalar é o apoio da alta administração, Diretoria Clínica e Técnica, Líderes em geral. Esses setores devem apoiar a autonomia do setor, sempre aliada à missão, visão e valores institucionais, abrindo espaços para a comunicação intersectorial para que trabalhem em um bem comum. Essa autonomia é muito importante também para obtenção de maior adesão dos colaboradores aos treinamentos e propostas da Educação Permanente em Saúde.

A seguir será demonstrado de forma a oferecer ao leitor um exemplo de cronograma de temas para dois dias de treinamento admissinal que podem ser utilizados em ambiente hospitalar e como enfermeira de Educação Permanente pode ajudar a construir o início de carreira de vários profissionais que passaram por meus cuidados em educação.

Quadro 1 - Sugestão de Cronograma de para o primeiro dia de Treinamento Admissinal, São José dos Campos, SP, 2023.

DIA 1			
HORÁRIO	OBJETIVO	ASSUNTOS	MINISTRANTES
08:00 – 09:00	Recepção dos novos componentes da empresa	Missão visão e valores	Educação Permanente
09:00- 10:00	Instruir os colaboradores sobre as questões trabalhistas e entrega do manual do colaborador	Trabalhador e os Recursos Humanos	Recursos Humanos
10:00 -10:15	Coffee Break	Coffee Break	Coffee Break
10:15- 11:00	Reforçar medidas de prevenção de infecção cabíveis a todos os setores	Prevenção de infecção	Serviço de Controle de Infecção
11:00-12:00	Abordagem sobre a LGPD dentro da instituição	LGPD e a Instituição Hospitalar	Marketing Hospitalar
12:00- 13:00	Almoço	Almoço	Almoço
13:00- 14:30	Abordagem sobre Acreditação Hospitalar, Seis metas de segurança do paciente, Gestão de risco	Qualidade Hospitalar	Qualidade Hospitalar

Continua

Continuação do Quadro 1

DIA 1			
HORÁRIO	OBJETIVO	ASSUNTOS	MINISTRANTES
14:30-15:30	Abordagem em relação a Segurança do trabalhador	Segurança do trabalho em Ambiente Hospitalar	Técnico ou Enfermeiro Segurança do Trabalho
15:30- 15:45	Coffee Break	Coffee Break	Coffee Break
15:45- 16:30	Abordagem sobre o funcionamento do sistema Operacional de informática	Sistema de Informação Hospitalar	Responsável pelo serviço de Tecnologia de informação
16:30- 17:00	Encerramento	Encerramento	Encerramento

Quadro 2 - Sugestão de cronograma para o segundo dia de Treinamento Admissinal, São José dos Campos, SP, 2023

DIA 2			
HORÁRIO	OBJETIVO	ASSUNTOS	MINISTRANTES
08:00 – 09:30	Recepção dos Novos componentes	Boas vindas ao 2º dia	Educação Permanente
09:00- 10:00	Abordagem sobre a Importância da adesão aos treinamentos sistema de avaliação de desempenho etc	Treinamento e avaliação de desempenho	
10:00-10:15	Coffee Break	Coffee Break	Coffee Break
10:15- 11:00	Realizar uma visita aos setores do \Hospital	Apresentação do hospital	Educação Permanente
11:00-12:00	Apresentar o Setor Comercial da instituição	Agendamentos cirúrgicos, convênios e parcerias	Responsável do Setor Comercial
12:00- 13:00	Almoço	Almoço	Almoço
13:00- 14:30	Treinamento de RCP	Treinamento de RCP	Educação Permanente
14:30-15:00	Abordagem com coordenador	Funcionamento da Farmácia	Coordenador da Farmácia
15:30- 16:00	Abordagem com coordenador	Funcionamento da Fisioterapia	Coordenador da Fisioterapia
15:30- 15:45	Coffee Break	Coffee Break	Coffee Break
15:45- 16:15	Abordagem com coordenador	Funcionamento da Nutrição	Coordenador da Nutrição
16:15- 17:00	Entrega dos Colaboradores aos Setores	Entrega dos Colaboradores aos Setores	Entrega dos Colaboradores aos Setores

É importante adequar o conteúdo do treinamento admissinal da equipe de enfermagem às suas necessidades e as necessidades institucionais que de tempos em tempos vão se modificando. O TA deve ser um objeto de análise, reflexão, deve estar aberto às necessidades das comissões hospitalares e também dos coordenadores. Deve ser uma construção em conjunto com todos bem como considerando os objetivos do treinamento, a duração, seus ministrantes, seu significado. O mais importante é que os treinamentos e as abordagens é que estas aproximem a teoria da prática profissional⁽¹⁶⁾.

Outra questão que o profissional deve se preocupar é a reserva do local em que será ministrado os treinamentos, os recursos audiovisuais que serão utilizados no dia: flipchart, lousa, canetas, impressos, datashow. É importante encaminhar um e.mail com alguma antecedência para os ministrantes informando e reforçando o horário de suas palestras. É interessante utilizar algumas métricas de retenção utilizando o pré-teste e pós teste dos treinamentos se caso for necessário e também a avaliação de reação.

Quadro 3- Sugestão de cronograma de Treinamento Admissinal de enfermeiros, São José dos Campos, SP, 2023.

Enfermeiros			
HORÁRIO	OBJETIVO	ASSUNTOS	MINISTRANTES
08:00 – 09:30	Boas vindas	Boas vindas	Educação Permanente
09:00- 10:00	Apresentação Filosofia do Serviço de Enfermagem, organograma e coordenadores	Filosofia do Serviço de Enfermagem	Liderança da Enfermagem

Continua

Continuação do Quadro 3

Enfermeiros			
HORÁRIO	OBJETIVO	ASSUNTOS	MINISTRANTES
10:00-10:15	Coffee Break	Coffee Break	Coffee Break
10:15- 12:00	Abordagem da Técnica de Sondagens: Sonda Vesical de Demora Sonda Nasogástrica	Sondagens	Enfermeiro que atua nos cuidados de pacientes com sondas
12:00-13:00	Almoço	Almoço	Almoço
13:00- 14:30	Abordagem do Sistema Operacional específico da Enfermagem e seus módulos	Treinamento do Sistema Operacional	Responsável do TI
14:30-15:00	Abordar sobre os Protocolos institucionais	Protocolo de Sepsis	Departamento de Qualidade e segurança do paciente
15:30- 16:00	Abordagem sobre Times de resposta rápida	Time de resposta Rápida	Membro do time de resposta rápida
15:30- 15:45	Coffee Break	Coffee Break	Coffee Break
15:45- 17:00	Abordagem sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem	Sistematização da Assistência de Enfermagem	Enfermeiro participante da comissão da SAE.

Quadro 4 - Sugestão de cronograma de Treinamento Admissional de técnicos e Auxiliares de Enfermagem, São José dos Campos, SP, 2023.

Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem			
HORÁRIO	OBJETIVO	ASSUNTOS	MINISTRANTES
08:00 – 09:30	Boas vindas	Boas vindas	Educação Permanente
09:00- 10:00	Apresentação Filosofia do Serviço de Enfermagem, organograma e coordenadores	Filosofia do Serviço de Enfermagem	Liderança da Enfermagem
10:00-10:15	Coffee Break	Coffee Break	Coffee Break
10:15- 12:00	Abordagem da Técnica de preparo Administração de medicação Segura e cálculo de Medicação	Medicação Segura	Enfermeiro.
12:00-13:00	Almoço	Almoço	Almoço
13:00- 14:30	Abordagem do Sistema Operacional específico da Enfermagem e seus módulos e anotação de Enfermagem	Treinamento do Sistema Operacional e Anotação de Enfermagem	Responsável do TI e Enfermeiro.
14:30-15:00	Abordar sobre os Coleta de Exames laboratoriais	Coleta de Exames laboratoriais	Responsável do Laboratório
15:00-15:30	Abordagem sobre Prevenção de Lesão por pressão (LPP)	Protocolo de prevenção de LPP	Enfermeiro membro da Comissão de Curativos.
15:30- 15:45	Coffee Break	Coffee Break	Coffee Break
15:45- 17:00	Abordagem sobre Curativos	Curativos	Enfermeiro membro da comissão de curativos.

É bem importante que o profissional de Educação Permanente apoie as integrações, fornecendo o olhar para o melhor método, objetivos sendo cumpridos, estratégias de aplicabilidade da atividade, que seja flexível e use de sua criatividade para manter o seu espaço e demonstrar a eficiência de seu trabalho no ambiente hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser profissional de Educação Permanente existem diversas dimensões, mas a que se reserva ao treinamento admissinal deve-se ter um olhar crítico e reflexivo com a finalidade de melhorar a qualidade e performance dos profissionais recém-admitidos no ambiente hospitalar e integrar suas diversas funções transformando a realidade do trabalho.

REFERÊNCIAS

- Geremia DS, Vendruscolo C, Celuppi IC, Souza JB, Schopf K, Maestri E. Pandemia Covid-2019: formação e atuação da enfermagem para o sistema único de saúde. *Enferm Foco*. 2020;40(7):1140-7. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3956>
- Montanha M, Peduzzi M. Educação Permanente em Enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):597-604. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300007>
- Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? [Internet]. 2018[cited 2020 Mar 07]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
- Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente [Internet]. 2020[cited 2020 Mar 07]. Available from: <https://www.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/40695-politica-nacional-de-educacao-permanente-pneps>
- Cecim RB, Ferla AA. Educação Permanente em Saúde [Internet]. 2009[cited 2020 Mar 07]. Available from: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>
- Massuda A, Hone T, Leles FAG. Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*. 2018;3:e000829. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>
- Organização Panamericana da Saúde. Educación Continúa: guía para la organización de programas de educación continua para personal de salud. Washington: División de Recursos Humanos e Investigación; 1979.
- Bezerra AL. O contexto da educação continuada em enfermagem. São Paulo: Lemar e Martinari; 2003.
- Ferraz L, Vendruscolo C, Marmett S. Permanent education in nursing: an integrative review. *Rev Baiana Enferm*[Internet]. 2014[cited 2020 Mar 07];28(2):196-207. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/8366/8871/37659>
- Lago LPM. A análise de implicação profissional como um dispositivo de educação permanente em saúde. *Interface: comunicação, saúde e educação*, 2018;22. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0687>
- Buchi SM, Mira VL. Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm* [Internet]. 2010[cited 2020 Mar 07];44(4):1003-10. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/nrf8VxSVgPQ7x67yJF5vwtw/?lang=pt&format=pdf>
- Moura GMSS, Magalhães AMM, Chaves MHB. O serviço de Enfermagem Hospitalar: esse gigante silencioso. *Rev Bras Enferm*. 2001;54(3):482-93. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672001000300011>
- Presidência da República (BR). Decreto 94.406/1987. Lei do exercício profissional da Enfermagem [Internet]. 1987[cited 2020 Mar 07]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm
- Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução Cofen nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. 2017[cited 2020 Mar 07]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
- Fortuna, C.M. et al. Movimentos da educação permanente em saúde desencadeados a partir da formação de facilitadores. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011[cited 2020 Mar 07];19(2). Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/JSvWxcMP6skSWbQcvWDLcMg/?format=pdf&lang=pt>
- Peixoto LS, Pinto ACS, Tavares CMM. Percepção de enfermeiros em relação ao treinamento em serviço oferecido pelo serviço de educação permanente. *Rev Pesqui: Cuid Fundam* [Internet]. 2015[cited 2020 Mar 07];7(2):2323-35. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750946012.pdf>

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c13>

RELATOS DE EXPERIÊNCIA VIVENCIADA DE ENFERMEIRAS QUE TRABALHAM EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR ASSISTENCIAL DE ENSINO

Aparecida Helena Vicentim¹

ORCID: 0000-0003-0423-6814

Helena Mendes Siqueira¹

ORCID: 0000-0003-2163-5745

Josiane Monteiro Moura¹

ORCID: 0000-0002-2380-2968

Neusa Harumi Segoshi¹

ORCID: 0000-0003-2537-5936

¹ Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autor Correspondente:

Aparecida Helena Vicentim
E-mail: cidahelena1@yahoo.com.br



Como citar:

Vicentim AH, Siqueira HM, Moura JM, Segoshi NH. Experiências exitosas e relatos de vivências. In: Melaragno ALP, Fonseca AS, Assoni MAS, Mandelbaum MHS, organizadoras. Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. p 104-8 <https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c13>

INTRODUÇÃO

A atuação do enfermeiro no ambiente hospitalar engloba as atividades gerencial, assistencial, ensino, pesquisa e saúde coletiva. Nesse contexto, insere-se o planejamento e a administração em Enfermagem na medida em que exige desse profissional, o desenvolvimento de competências gerenciais. Desse modo, este capítulo convidou enfermeiras com diversas experiências na área de gestão na saúde e educação profissional, ensino e pesquisa durante as suas carreiras profissionais. Portanto, essas atividades justificam-se por buscar compreender a dinâmica do processo de trabalho do enfermeiro no ambiente de liderança em uma evolução dinâmica e individual, por meio de relatos de experiência, na perspectiva de consolidar e difundir o conhecimento na área de gestão, planejamento e ensino.

Os quatro relatos de experiências demonstram a diversidade da atuação do enfermeiro a vários segmentos nos quais atuaram e contribuíram na elaboração e desenvolvimento de projetos profissionais e de vida.

Essa diversidade de vivências possibilitou a integração dessas atividades em uma mesma instituição cuja característica é o atendimento assistencial hospitalar e ambulatorial.

Para o desenvolvimento optou-se como base responder duas perguntas de caráter profissional e pessoal: Sua experiência profissional marcou o nível de aprendizado? Durante sua trajetória profissional qual foi a sua maior satisfação?

O processo de trabalho retrata aspectos proeminentes do modelo a colocação dessa vivência foi livre, deixando as autoras a sentirem quem é essa pessoa única que escolheu a enfermagem como desenvolvimento da profissão que



exigia mas deu a grande possibilidade de criar e colocar em ação a teoria e a prática em um exponencial de concretizar a cada momento o amadurecimento profissional, sendo relevante porque explicita a existência de questões que ainda estão veladas aos olhares dos demais profissionais de saúde.

Nos serviços de saúde, o processo de trabalho adquire contornos peculiares e a ação do trabalhador demonstra como será realizada a transformação do objeto de trabalho como o propulsor dos modos de organizar e viver dos homens em sociedade, o qual não somente modifica a natureza, mas também opera transformações no próprio homem.

Ao responder essas questões verificou-se a oportunidade de vermos na atividade humana em si, ou seja, o próprio trabalho, o objeto a que se aplica o trabalho e as ferramentas utilizadas. Em qualquer setor de produção, sobre o objeto de trabalho incide a ação do trabalhador, que apresenta intencionalidades, a fim de produzir o produto mentalmente idealizado.

Não podemos deixar de citar a retrospectiva pessoal e esta concretiza a vivência de júbilo e satisfação no enriquecimento de nossa profissão.

Segue abaixo o relato da enfermeira **Aparecida Helena Vicentim**:

O desenvolvimento profissional: A esse respeito, podemos perceber que ao buscar os caminhos certos é possível ampliar conhecimentos, descobrir novas habilidades, bem como aprimorar competências. Isso garante uma ampliação do leque de atuação e, é claro, contribui com o aumento de possibilidades de sucesso na carreira.

Minhas vivências profissionais foram norteadas por um conjunto de atitudes construtivas que me auxiliaram a eliminar os entraves e caminhar em uma escala de êxito e realizações. De forma prática, o desenvolvimento profissional estabelece degraus que direcionam o indivíduo ao sucesso. Ele começa com a qualificação de alguma área técnica, por exemplo, e vai se moldando profissionalmente com o acúmulo de experiências e capacitações.

Referente à pergunta o que marcou em nível de aprendizado?

Creio que foi a partir do momento que senti segurança técnica e liderança na prestação da assistência. Quando tive a oportunidade de substituir uma colega como supervisora de estágios em um Pronto Socorro de hospital de grande porte em São Paulo. Já trabalhava na assistência a pacientes neurológicos e foi quando senti o chamado vocacional de me dedicar ao ensino na enfermagem. Os cursos vieram para dar mais sustentação ao binômio ensinar e praticar com o outro. Creio que o cenário do ensino profissional e vivenciar o *debriefing* com os jovens ingressantes nos cursos de graduação em enfermagem concretizou o prazer pessoal e a realização profissional.

A experiência na assistência hospitalar a pacientes de alta complexidade trouxe a cada momento o aprendizado rico de detalhes que me cativava a saber mais, buscar com os parceiros de trabalho e instituições com diferentes atendimentos, que passamos, a atingir a qualidade minuciosa do cuidado ao paciente e seus familiares.

Servir se tornou a meta principal de trabalho, mas sempre procurando formas inovadoras e seguras, sistematizando o processo de trabalho prestado.

Durante sua trajetória profissional qual foi a sua maior satisfação?

Acompanhar o Programa de Aprimoramento Profissional para os enfermeiros recém formados dos Cursos de Enfermagem. A vivência nesse programa me proporcionou, como muitas outras, aplicar meus conhecimentos adquiridos até então, e elevar a outro patamar de ensino aprendizagem. Neste período organizamos novos Programas e um deles foi o Cirúrgico na qual o horizonte de perspectivas diferentes de como o enfermeiro poderia desenvolver a prestação de cuidados ao paciente cirúrgico frente a técnicas cirúrgicas que exigiram muitas horas de estudo, e despertou nos aprimorandos como se posicionar com a equipe de saúde e familiares.

Vê-los depois trabalhando e desenvolvendo projetos em diversas áreas assistenciais gerenciais e de ensino, assim como continuar seus estudos de Pós graduação e mudarem para países longínquos para exercer a enfermagem procurando oportunidades de reconhecimento.

Fortalecendo o que foi descrito anteriormente como vivência de enfermeiros que trabalham para melhoria do ensino, gestão e cuidado, segue o relato da enfermeira **Helena Mendes Siqueira**:

Entre várias experiências profissionais uma delas mais significativas foi participar de uma equipe de enfermeiros de um Hospital Público de São Paulo, na organização no Serviço de Enfermagem, dentre os princípios administrativos da criação do Manual de Organização e procedimentos por unidade e especializadas clínicas e cirúrgicas. Esses manuais foram guias para o funcionamento do hospital e para os estudantes, residentes e estagiários.

O Manual de Procedimentos variado por especialidades oferecia orientação técnica para assistência e cuidados de enfermagem.

Os Manuais tiveram total repercussão na prestação dos Serviços Hospitalares, e também ética e jurídica, não só da Assistência como no comportamento dos profissionais, e autonomia profissional assim como respeito a Direção da Enfermagem.

Mais um relato de uma enfermeira **Neusa Harumi Segoshi**:

Durante o estágio do módulo da Saúde Pública em uma comunidade de Diadema, senti os problemas de saúde apresentados pela população e a importância da educação em saúde no país. Esse conhecimento me fez mudar de especialidade: de obstetrícia para saúde pública.

Participar ativamente como profissional de saúde, no processo da criação e implantação do SUS, na Regional de Saúde de Santos como diretora administrativa e Assistente Técnico do CADAIS – trabalho com os 150 municípios da Região V – SP, ambos da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Tive a oportunidade de participar da 8ª Conferência Nacional e das pré-conferências da regional de Santos. Como também no processo de implantação do SUS: AIS (Ações Integradas da Saúde) – SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde) – SUS (Sistema Único da Saúde).

Também apresentaremos o relato da enfermeira **Josiane Monteiro Moura**:

O aprendizado deve estar presente em toda a nossa vida (*lifelong learning*), a busca pelo conhecimento é fundamental desde criança.

Ter uma família que te ensine o valor do ensino e aprendizado desde pequeno é a principal arma para estimularmos a busca pelo conhecimento em nossa carreira profissional.

Posso afirmar que em todo meu trajeto profissional o aprendizado esteve presente nas diversas unidades de trabalho em que passei. Primeiro porque na graduação não temos um conhecimento específico da área, pois existe um distanciamento entre a teoria e a prática profissional, que no meu caso foi agravada por estudar em outro estado e em São Paulo existem recursos diferenciados do estado em que me formei. Outro fator é que na graduação sempre gostamos de áreas que nem sempre é a que trabalhamos, e isto se torna um fator importante para que haja o aprimoramento e o envolvimento para o aprendizado.

Ter uma construção de carreira e um propósito de vida é essencial para a busca do aprendizado.

Quando entrei na instituição, fui encaminhada para um setor onde nunca me identifiquei e isto me deixou bem transtornada. Tive que estudar muito e fazer cursos de aprimoramento para compreender e atuar da melhor maneira possível na minha profissão, pois uma das premissas que carrego comigo é que quero ser reconhecida pelo que faço.

Depois de algum tempo fui para a área oncológica, e foi um grande desafio. Não conhecia muita coisa, porém tinha garra e vontade de aprender e estudar. No primeiro mês, neste setor, várias mudanças ocorreram, pois estava fazendo cursos na área e comecei a mudar e incentivar a equipe a estudar e de ter as mudanças necessárias para segurança no trabalho.

Depois de algum tempo fui trabalhar na educação continuada e depois na educação permanente, e garanto que ambas exigem a busca constante pelo aprendizado.

Durante o meu tempo na educação continuada fiz graduação em pedagogia, o que abriu mais a minha mente sobre a importância do ensino e aprendizado na vida profissional e pessoal.

Não há como ter um marco sobre qual é o principal gatilho sobre a busca pelo aprendizado, acredito que é a construção do seu propósito de vida. E o que mais me marcou foi fazer trabalho voluntário em uma instituição de ensino infantil na periferia de São Paulo. Crianças que não veem perspectiva de vida e que não são incentivadas pela família sobre ensino e aprendizado não criam hábito de querer ter conhecimento. A vontade de aprender e fazer a diferença em seu ambiente profissional é algo que começa a ser trabalhado desde criança. Se meu meio não me encorajar, serei somente mais um, mas o contrário me permite construir um propósito e o propósito nunca morre, está em constante desenvolvimento.

Segundo o dicionário online satisfação e contentamento, prazer advindo da realização do que se espera, do que se deseja. Segundo os últimos estudos da psicologia “A satisfação no ambiente de trabalho pode ser entendida como a relação percebida do que é esperado e o que realmente acontece de fato, o que pode gerar emoções positivas ou negativas, quando os objetivos pessoais e organizacionais não estão na mesma sintonia”, ou seja, a satisfação no ambiente de trabalho está ligada a motivação intrínseca.

A satisfação está associada aos objetivos e projeto de vida. É muito pessoal e está sempre em mudança. O que foi no passado pode não ser reflexo hoje.

Quando estamos no início de carreira a satisfação profissional muitas vezes é associada ao status profissional, pois muitas vezes nesta fase estamos preocupados com o reconhecimento e valor. À medida que estudamos e evoluímos pessoalmente e profissionalmente, nossos objetivos mudam e consequentemente a minha satisfação.

No início da carreira o que mais me satisfazia era o reconhecimento da minha equipe, principalmente no tocante à ordem, poder e conhecimento de causa. Com o passar dos tempos meus objetivos pessoais mudaram e fiquei completamente satisfeita com a atenção e respeito dos pacientes por mim, pois significava a relação de que a enfermeira sabe até mais que o médico e de fato ela me ajuda, ela é a minha “referência”. Lembrando que nesta fase trabalhava com paciente oncológico.

Hoje por trabalhar na educação estou totalmente satisfeita por ser lembrada pelo meu nome, pois ser reconhecida pelo nome é ter atraído a atenção das pessoas e estas te respeitam pelo valor que você passa a elas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retratar as vivências trouxe aos colegas profissionais de enfermagem toda a bagagem de etapas de vida muito ricas de aprendizado, ensino e satisfação.

Então concluímos que adquirimos um pouco dos dois lados, e construímos projetos que foram de grande valia profissional e pessoal.

A enfermagem exige da pessoa predicados inerentes à profissão e com certeza as enfermeiras que deram esses depoimentos, e trabalham juntas, em núcleos diferentes na instituição levam a cada etapa de suas jornadas a certeza que valeu a pena ter concluído as vivências experimentadas em seus relatos.