



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA CAROLINA DE OLIVEIRA ROCHA

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE HABILIDADES
CURRICULARES PARA OS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

FORTALEZA

2016

ANA CAROLINA DE OLIVEIRA ROCHA

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE HABILIDADES
CURRICULARES PARA OS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dra. Maria Josefina da Silva.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- R571a Rocha, Ana Carolina de Oliveira.
Adaptação e validação do questionário de habilidades curriculares para os cursos de graduação em saúde/ Ana Carolina de Oliveira Rocha. – Fortaleza, 2016.
114 f. : il.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Maria Josefina da Silva.
1. Recursos Humanos em Saúde. 2. Competência Profissional. 3. Educação Baseada em Competências. I. Silva, Maria Josefina da (Orient.). II. Título.

CDD 610.73

ANA CAROLINA DE OLIVEIRA ROCHA

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE HABILIDADES
CURRICULARES PARA OS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dra Maria Josefina da Silva (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Prof^ª Dra. Lília Maria Carneiro Câmara
Universidade Federal do Ceará

Prof^ª Dra. Euclea Gomes Vale
Universidade Estadual do Ceará

Prof^ª Dra. Marília Braga Marques
Universidade Federal do Ceará

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por todas as graças a mim concedidas, é nele que deposito toda minha fé e de onde alimento minha esperança.

À minha amada mãe, por seu amor incondicional e apoio em todos os momentos, por ser meu porto seguro e minha fortaleza.

A minha irmã Ana Claudia Rocha, pelo amor fraternal que nos une, por sempre acreditar em mim, e por me encorajar diante dos meus medos.

Ao meu amor José Ananias, pela compreensão, paciência e companheirismo ao longo desses dois anos.

A querida orientadora, Profa. Dra. Maria Josefina da Silva, pelo exemplo de pessoa, enfermeira e docente. Pela enorme contribuição em minha formação profissional e humana, por todos os ensinamentos, pela orientação acadêmica desde a graduação, pela confiança, compreensão e paciência.

A Prof^a Dra Lilia Maria Câmara pela disponibilidade em participação na banca avaliadora deste trabalho e pelas valiosas contribuições com o mesmo, desde a qualificação.

A Prof^a Dra Euclea Gomes pela disponibilidade em participação na banca avaliadora deste trabalho, e pela prontidão em aceitar este convite.

A Prof^a Dra Marília Braga Marques pela amizade, pelos bons conselhos, pela disponibilidade em ajudar sempre que necessário, e pelo aceite do convite da suplência na banca avaliadora deste trabalho.

A todos os meus amigos, por serem pessoas maravilhosas que eu tive a chance de conhecer, e por acreditarem e torcerem por mim.

A todos os alunos da graduação dos cursos de Enfermagem, Odontologia e Medicina, pela participação e contribuição nessa pesquisa.

RESUMO

As políticas de recursos humanos voltadas ao setor saúde são assunto de recente discussão no Brasil. Isso porque, no período anterior a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo biomédico e hospitalocêntrico, predominante nesse período, focalizava aspectos quantitativos da força de trabalho, cujo objetivo voltava-se ao número de serviços prestados à população e não a qualidade desses serviços. Com a implementação do SUS, a preocupação com a formação de profissionais qualificados em atender as principais necessidades de saúde da população brasileira, tornou-se prioridade. A Câmara de Educação Superior propõe em 2001, mudanças no processo de formação profissional nos cursos de graduação em saúde com a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). As DCN definem uma série de competências que devem ser abordadas nos currículos acadêmicos das Instituições de Ensino Superior, com o propósito de formar profissionais capacitados para trabalharem no SUS. No entanto, não se sabe ao certo se essas competências estão sendo realmente implementadas pelas Instituições de Ensino. Com o objetivo de avaliar o quanto as competências necessárias à formação profissional estão sendo incentivadas nas Escolas Médicas, criou-se nos Estados Unidos da América (EUA) o *Curricular Skills Questionnaire* (CSQ). Tal instrumento foi apresentado no Encontro Anual da Associação Americana de Educação em 2001, na cidade de Seattle, tornando-o público. O instrumento americano foi traduzido para o português por um grupo de professores do PRO-ENSINO da Universidade Federal do Ceará (UFC), e recebeu o nome de Questionário de Habilidades Curriculares (QHC). Objetiva-se nesse estudo concluir o processo de adaptação do QHC as DCN e validá-lo para uso no Brasil. Trata-se de um estudo metodológico, quantitativo, realizado no campus do Porangabuçu da UFC, com 100 alunos dos cursos de graduação em saúde: Enfermagem, Odontologia e Medicina. A validade de conteúdo do instrumento foi aferida pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC), a partir do julgamento de seis profissionais peritos em Educação Superior em Saúde. Para a validação de constructo, empreendeu-se a análise fatorial exploratória, com extração dos componentes principais e método de rotação de *Varimax*. A confiabilidade, por sua vez, foi avaliada através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach. O instrumento após análise de suas propriedades psicométricas foi considerado válido e confiável. O item “avaliação por pares” e o cenário “seminários” foram excluídos da nova versão do QHC. Concluiu-se que o instrumento de avaliação do grau de incentivo ao desenvolvimento de habilidades acadêmicas pelas Instituições de Ensino Superior, intitulado Questionário de Habilidades Curriculares, após tradução e adaptação para o Brasil, manteve suas propriedades psicométricas adequadas.

Portanto, indica-se sua utilização em análises futuras, no âmbito das Universidades e em populações similares, para a identificação de fragilidades e potencialidades nas metodologias de ensino utilizadas nos cursos de graduação em saúde dessas Instituições.

Palavras-Chave: Recursos Humanos em Saúde. Competência profissional. Educação baseada em competências.

ABSTRACT

The human resource policies about the health sector are the subject of recent discussion in Brazil. This is because, in the period before the creation of the Unified Health System (SUS), the biomedical and hospital model, predominant in this period focused on quantitative aspects of the labor force, which objective is about of the number of services provided to the population and not the quality of these services. With the implementation of SUS, the concern with the formation of qualified professionals to attend the major health needs of the population has become a priority. The Chamber of Higher Education proposed in 2001, changes in professional education in health courses with the creation of the National Curricular Guidelines (DCN). The DCN define an amount of skills that must be addressed in the academic curricula of higher education institutions, with the purpose to train qualified professionals to work in the SUS. However, no one knows for sure if these skills are actually being implemented by educational institutions. With the objective to evaluate how the necessary skills to professional formation are being encouraged in medical schools, was created in the United States of America (EUA) the Curriculum Skills Questionnaire (CSQ). This instrument was presented at the Annual Meeting of the American Association of Education in 2001 in the city of Seattle, making it public. The American instrument was translated into Portuguese by a group of teachers, experts in professional education in health, PRO-ENSINO of Federal University of Ceará (UFC), and was named Curriculum Skills Questionnaire (QHC). The Objective of this study is complete the QHC process of adaptation of the DCN and validates it for use in Brazil. This is a methodological, quantitative study accomplished in campus Porangabuçu the UFC, with 100 students of health courses: Nursing, Dentistry and Medicine. The validity of the instrument content was measured by the Content Validity Index (CVI), from the trial of six professional experts in Higher Education in Health. For construct validation was undertaken exploratory factor analysis with principal components extraction and Varimax rotation method. Reliability was evaluated by calculation of alpha coefficient of the Cronbach. The instrument, after analyze of its psychometric properties was considered valid and trustable. The item "peer evaluation" and setting "seminars" were excluded from the new version of QHC. This study concluded that the evaluation tool of the degree of encouraging the development of academic skills by higher education institutions, entitled Questionnaire Curriculum Skills after translation and adaptation to Brazil, maintained its adequate psychometric properties. Therefore, it indicates its use in future analyzes in the Universities and similar populations, for the identification of

weaknesses and potentials in teaching methodologies used in graduate courses in health of these institutions.

Keywords: Human Resources in Health. Professional competence. Education based in competences.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 -	Diagrama de declividade: <i>scree test</i> da nova versão do QHC. Fortaleza, 2015	52
Gráfico 1-	Avaliação dos juízes com relação à relevância e clareza dos itens do QHC	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Antecedentes, atributos e consequentes de competência profissional em saúde.....	23
Quadro 2 - Sistema de classificação de Experts.....	32
Quadro 3 - Planejamento da análise fatorial em três estágios.....	35
Quadro 4 - Médias e IVC das habilidades do QHC, após análise dos juízes. Fortaleza, 2015.....	44
Quadro 5 - IVC dos cenários do QHC, após avaliação dos juízes. Fortaleza, 2015.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização da amostra por curso e semestre. Fortaleza, 2015.....	47
Tabela 2 -	Dificuldades na compreensão dos itens e opinião dos alunos sobre o instrumento. Fortaleza, 2015.....	48
Tabela 3 -	Numero de itens que apresentaram correlação inferior a 0,3 na análise individual por item. Fortaleza, 2015.....	50
Tabela 4 -	Avaliação da correlação pelo teste de KMO em cada cenário. Fortaleza, 2015.....	51
Tabela 5 -	Autovalores e variância dos componentes extraídos no cenário “Atividades teóricas”. Fortaleza, 2015.....	52
Tabela 6 -	Matriz de correlação rotacionada com solução para 2 componentes, considerando o cenário: Atividades teóricas. Fortaleza, 2015.....	53
Tabela 7 -	Numero de componentes extraídos em cada cenário, autovalores e variância. Fortaleza, 2015.....	54
Tabela 8 -	Número de Cenários em que o item apresentou carga fatorial satisfatória. Fortaleza, 2015.....	55
Tabela 9 -	Comunalidades observadas nos itens selecionados em cada cenário do QHC. Fortaleza, 2015.....	56
Tabela 10 -	Valores de alfa de Cronbach para cada cenário do instrumento QHC. Fortaleza, 2015.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFE	Análise Fatorial Exploratória
CNRH	Conferências Nacionais de Recursos Humanos
CNS	Conferencias Nacionais de Saúde
CSQ	<i>Curricular Skills Questionnaire</i>
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EPS	Educação Permanente em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAMED	Faculdade de Medicina
FEOE	Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
IES	Instituições de Ensino Superior
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PBL	<i>Problem Based Learning</i>
PHR	Política de Recursos Humanos
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
QHC	Questionários de Habilidades Curriculares
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAP	Unidades de Atenção Primária
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	As Políticas de Recursos Humanos em Saúde	19
3.2	Competências gerais das DCN	22
3.3	Análises do conceito de competência profissional em saúde	26
4	METODOLOGIA	30
4.1	Tipo de estudo	30
4.2	Validação de conteúdo	31
4.3	Validação de critério	33
4.4	Validação de constructo	34
4.5	Confiabilidade	37
4.6	Local do estudo	38
4.7	População e amostra	39
4.7.1	<i>Comitê de Juizes</i>	39
4.7.2	<i>População alvo para aplicação dos testes psicométricos</i>	39
4.8	Coleta de dados	40
4.9	Organização e análise dos dados	41
4.10	Aspectos éticos	41
5	RESULTADOS	43
5.1	Validação de conteúdo	43
5.2	Validação de constructo	47
5.3	Análise fatorial	49
5.4	Análise da Confiabilidade	58
6	DISCUSSÃO	60
6.1	Adaptação do instrumento Curricular Skills Questionnaire (CSQ) para o Brasil	60
6.2	Caracterização da amostra em estudo	61
6.3	6.3 Análise das propriedades psicométricas	65
7	CONCLUSÕES	72
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICE A	81

APÊNDICE B.....	83
APÊNDICE C.....	84
APÊNDICE D.....	85
APÊNDICE E	86
APÊNDICE F.....	87
APÊNDICE G.....	89
ANEXO A.....	112
ANEXO B	113
ANEXO C.....	114

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de saúde oficial brasileiro, estabelecido formalmente a partir da Constituição Federal de 1988. A sua inscrição na carta magna acatou as proposições da sociedade civil organizada, incorporando mudanças no papel do Estado e alterando de forma significativa o arcabouço jurídico- institucional do sistema público de saúde, pautando-se por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional (AGUIAR, 2011).

O SUS estabelece como objetivo básico atender às principais necessidades de saúde da população brasileira. Para isso, necessita de profissionais com o perfil generalista, com visão humanista, que conheçam a epidemiologia de sua região, e que estejam preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade (FONSECA, OLIVEIRA, 2013). No entanto, o número de profissionais com esse perfil ainda é incipiente, sobretudo, porque a maioria desses profissionais concluem sua formação dentro de uma lógica curativista, de assistência centrada na doença, e não no indivíduo (SILVA; CALDEIRA, 2010).

O Ministério da Saúde considera que um dos maiores problemas para a concretização do SUS está nos recursos humanos (RH), principalmente no campo de sua preparação, relativos à integração ensino-serviço e a qualificação de pessoal (BRASIL, 1993). São os profissionais da saúde que, sendo capazes de interferir positivamente na modificação das condições de vida e saúde da população, influirão na atenção à saúde e na terapêutica prestada aos indivíduos e coletividades (BRASIL, 2007).

Observa-se no setor saúde uma histórica negligência de políticas voltadas aos recursos humanos, principalmente no período anterior ao SUS. Tal fato pode ocorrer em razão de abordagens macroeconômicas que focalizam aspectos quantitativos da força de trabalho, em detrimento de uma abordagem contemporânea em nível microeconômica, que se concentra na motivação e desempenho profissional (CAMELO, 2009).

Com a criação do SUS, a discussão sobre a necessidade de profissionais qualificados para atender os problemas de saúde da população ganha espaço. A preocupação com a qualidade do serviço e a necessidade de capacitação profissional torna-se maior. Busca-se aliar a quantidade à qualidade. O objetivo agora é a mudança no perfil profissional, e para o alcance desse objetivo o enfoque inicial é a formação acadêmica.

No entanto, o ensino superior no Brasil tem se caracterizado, nos últimos anos, pela excessiva especialização observada em alguns cursos da área da saúde, e o distanciamento entre tal formação e a realidade epidemiológica da população brasileira

(BATISTA *et al.*, 2013). Com o intuito de minimizar essa situação, a educação na saúde brasileira vivencia a implementação de novas diretrizes curriculares nos cursos de graduação, para a capacitação de recursos humanos segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas inovações estratégicas buscam a formação de profissionais competentes para concretizar a reforma sanitária e atender as agendas de saúde (SAUPE *et al.*, 2006).

A Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, ao orientar as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), recomenda que devem ser contemplados nos currículos da graduação elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Reforçam ainda, a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos profissionais na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2001).

Por sua vez, as instituições de saúde também têm demonstrado maior preocupação em oferecer assistência de qualidade, que gerem resultados positivos. Estão exigindo cada vez mais trabalhadores qualificados, com destreza manual agregada às competências de inovação, criatividade, autonomia na tomada de decisões, enfim profissionais com perfil capaz de atender às mudanças aceleradas no mercado de trabalho (CAMELO, 2009), bem como no avanço do conhecimento e características epidemiológicas e demográficas da população.

Para a formação de profissionais com tal perfil, há necessidade de mudanças na educação profissional desde a graduação. Os currículos orientados por competências constituem uma alternativa consistente e estratégica para a formação de profissionais de saúde voltada as necessidades sociais. Estes são desenvolvidos em torno de eixos que articulam e integram: teoria e prática; capacidades e ações; contextos; e critérios de excelência (LIMA, 2005).

As DCN definem claramente o perfil dos formandos no setor saúde e estabelecem as competências gerais que devem estar presentes nos cursos de graduação, dentre eles, Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição e Farmácia. Apesar das DCN definirem qual é o perfil de profissionais esperado, não há orientações de como alcançar esse perfil, cabendo às instituições de ensino desenvolver estratégias metodológicas que atinjam esse objetivo.

Percebe-se, portanto, a necessidade de aprofundamento das políticas de recursos humanos e a necessidade de articulação entre essas políticas e as Instituições de Ensino Superior, envolvendo planejamento, operacionalização e avaliação da educação profissional em saúde.

Exclusivamente, nesse estudo, focaremos na avaliação da educação profissional em saúde, e mais precisamente, no desenvolvimento de um instrumento capaz de medir o quanto as competências curriculares definidas pelas DCN estão sendo incentivadas nos cursos de graduação em saúde.

Objetivando mensurar o quanto as competências necessárias à formação profissional estão sendo incentivadas nas Escolas Médicas, Kalishman *et al* (2001) apresentaram no Encontro Anual da Associação Americana de Educação, em Seattle, Estados Unidos da América (EUA), o *Curricular Skills Questionnaire* (CSQ) (ANEXO A), tornando-o público.

Tal instrumento compreende vinte e uma competências, dispostas na vertical, dentre elas, a capacidade de liderança, tomada de decisões, pensamento crítico, comprometimento com a sociedade, abordagem integral ao paciente, trabalho em equipe e auto-avaliação. O CSQ é aplicado aos alunos de graduação, os quais julgarão o quanto cada competência é incentivada em diferentes cenários de aprendizagem durante sua formação, usando uma escala de *Likert* que varia de nada (1) a muito (5).

O instrumento apresenta 10 cenários de aprendizagem, dispostos na horizontal, são eles: Atividades teóricas (sala de aula), atividades desenvolvidas em laboratórios, grupos tutoriais, seminários, atividades de pesquisa, atividades em enfermarias, atividades em emergências, atividades em Unidades de Atenção Primária (UAP), experiências ambulatoriais e grupos de discussão. Por fim, o instrumento ainda apresenta um item na horizontal que interroga aos alunos o quanto eles julgam importante cada competência para sua própria formação.

A interpretação dos resultados é feita pela média individual de cada item, de forma que valores das medias superiores a três representam uma abordagem satisfatória da habilidade num determinado cenário (KALISHMAN *et al.*, 2001). Também pode-se avaliar a média global de incentivo da habilidade pela Instituição de Ensino, considerando todos os cenários de aprendizagem.

Recentemente, o CSQ foi traduzido e adaptado para o Brasil por um grupo de professores peritos em educação superior, pertencentes ao programa Pró-ensino na saúde da Universidade Federal do Ceará (UFC). Após tradução e adaptação o CSQ recebeu o nome de Questionário de Habilidades Curriculares (QHC) (ANEXO B). O uso do instrumento QHC nesse estudo foi autorizado pelos professores do Pró-ensino, ao qual a pesquisa está vinculada.

Reconhecendo a relevância do QHC, e a necessidade de avaliarmos o quanto as competências definidas pelas DCN estão sendo incentivadas nos currículos acadêmicos das Instituições de Ensino Superior, surge o interesse em concluir o processo de adaptação do instrumento e validá-lo para uso no Brasil.

A conclusão do processo de adaptação e a validação do Questionário de Habilidades Curriculares para uso no Brasil permitirá sua aplicação pelas Universidades, o que contribuirá para a avaliação das suas estratégias metodológicas com relação à abordagem das competências profissionais durante a formação acadêmica dos estudantes dos cursos da saúde.

Assim, será possível identificar fortalezas e fragilidades nas estratégias adotadas nos currículos, de modo a torna-los ainda mais adequados as DCN dos cursos da área da saúde e possibilitar a formação de profissionais com competências e habilidades para trabalharem em congruência às diretrizes do SUS.

2 OBJETIVOS

- Adaptar o instrumento Questionário de Habilidades Curriculares às competências gerais das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde.
- Submeter o instrumento a análise de suas propriedades psicométricas de validade e confiabilidade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 As Políticas de Recursos Humanos em Saúde

O conceito de recursos humanos é próprio da área de administração e remete à racionalidade gerencial hegemônica que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional. No setor saúde, a questão dos recursos humanos envolve tudo que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (GONÇALVES, 1993).

Os Recursos Humanos em Saúde (RHS) não se remetem apenas ao preenchimento de cargos para execução de funções em determinado setor, mas compreendem múltiplas dimensões que envolvem desde a composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho, até a tradicional administração de pessoal (GONÇALVES, 1993).

No período anterior à formulação do SUS, pouco se discutia sobre a questão dos RHS, sendo um tema com baixa repercussão no sistema de saúde nacional (CAMELO, 2009). O modelo de assistência à saúde predominante nesse período é o biomédico, centrado na doença e nas ações puramente curativas, onde a pessoa passa a ser secundarizada. Caracteriza-se também pela supervalorização do profissional médico e do quantitativo de profissionais para atender a demanda, pouco se discutindo a qualidade da assistência prestada (SILVA; CALDEIRA, 2010).

A reforma sanitária representou uma exigência de mudança estrutural, determinada pelo conjunto da sociedade civil. O resultado de tais eventos levou a criação de um Sistema Único de Saúde, descentralizado, com hierarquização dos atos e serviços de saúde, e participação popular por meio dos conselhos de saúde (AGUIAR, 2011). Observa-se que com o debate social acerca do delineamento e implantação do SUS, os recursos humanos ganham visibilidade nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS), somados à iniciativa da criação de um espaço específico de discussão política que são as Conferências Nacionais de Recursos Humanos (CNRH) (CAMELO, 2009).

A Primeira CNRH para a Saúde ocorreu em 1986, quando foi definida uma agenda específica sobre o tema, a partir de análises dos principais aspectos identificados na implantação do SUS. Tais aspectos foram, em grande parte, pautados pelas reivindicações dos trabalhadores da saúde, considerando-se a reorganização de suas práticas profissionais e de suas bases jurídico-legais. Entre essas questões destacavam-se a falta de incentivos para a

qualificação profissional, a própria visão burocrática da área de recursos humanos, a baixa remuneração dos trabalhadores, as desfavoráveis condições de trabalho e a ausência de uma política de recursos humanos que contemplasse um plano de cargos, carreira e salários no sentido de favorecer a implantação do SUS (GONÇALVES, 1993).

A segunda CNRH, realizada em 1993, mostrou a existência de uma contradição na área de RHS, que, embora apontada como estratégica nos documentos de saúde pública, vinha sendo pouco valorizada, uma vez que sempre foi mencionada de forma superficial quando o assunto em pauta era os aspectos que fundamentalmente afetavam as políticas públicas de saúde no país (PAIM, 1994).

Na década de 1990 avança o processo de descentralização do setor saúde no Brasil. O Município torna-se o principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país, executando as atividades de Atenção Primária através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Entende-se por Atenção Primária o primeiro nível de acesso e de contato da população com o sistema de saúde, em que há predomínio das ações preventivas e de promoção da saúde em detrimento das ações curativas de média e alta complexidade e hospitalares (BODSTEIN, 2002).

A municipalização da saúde constitui alternativa para mudanças organizacionais e política do setor público de saúde, na medida em que sua organização permite maior autonomia na gestão dos recursos, principalmente os humanos (CAMELO, 2009). No entanto, a capacidade do município em gerir seus recursos ainda é deficiente. Segundo Senna e Cohen (2002), a municipalização gera incertezas e efeitos diversos na organização dos serviços de saúde. O município passou a ter uma grande responsabilidade sobre seus recursos, sem ao menos ter sido preparado para isso.

Além disso, não se pode esquecer das profundas desigualdades existentes no Brasil, as quais se refletem em fortes diferenças nas condições financeiras, políticas e administrativas dos municípios, o que interfere na sua capacidade de respostas as necessidades e as demandas da população (SOUZA; CARVALHO, 1999).

Diante dessa redefinição de responsabilidades compartilhadas, em que o município ganha papel central na gestão da saúde local, é indiscutível a necessidade de aprofundamento das questões envolvendo os recursos humanos, relacionadas à valorização profissional, à organização do trabalho e à avaliação do desempenho (NEVES; BENITO, 2004).

Nesta perspectiva, estando a ESF incorporada à produção dos serviços da atenção primária, organizada em nível municipal, é imprescindível manter como foco de

investimentos as políticas de recursos humanos, prioritariamente voltadas às necessidades de formação dos profissionais que atuam nas equipes de saúde. A ESF reacende o debate sobre os recursos humanos, reclamando mais uma necessidade de preparação dos profissionais para adequação às exigências do SUS (COSTA; MIRANDA, 2008).

No Brasil as bases legais que legitimam a ação do Ministério da Saúde na construção de uma Política de Recursos Humanos (PHR) estão expressas no artigo 200 da Constituição Federal, o qual estabelece como uma das atribuições do SUS a ordenação da formação de seus recursos humanos. Dez anos depois, em 1998, o Conselho Nacional de Saúde dita a primeira versão do documento: Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RHSUS), reconhecendo a necessidade de políticas públicas para a reorganização dos serviços de saúde (CAMELO, 2009).

Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com os objetivos de: motivar e propor a mudança na formação técnica, de graduação e de pós-graduação; e motivar um processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde. No entanto, somente em 2007 é instituída uma Comissão Interministerial de Gestão da Educação na saúde com a função de ordenar a formação de RH (CAMELO, 2009).

Em âmbito nacional ocorreram diversas inovações no campo da educação que se traduziram na adoção e incentivo de tecnologias no agir pedagógico que influenciaram o processo ensino-aprendizagem. As instituições, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Rede Unida, em parceria, apoiaram discussões, a formulação e a implementação de muitas iniciativas relacionadas com a política de formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde (COSTA; MIRANDA, 2008).

A disponibilidade de recursos, a existência de experiências descentralizadas bem sucedidas e de metodologias de educação em serviço permitiram a implementação de projetos estratégicos significativos, dentre eles, os polos de capacitação em saúde da família, o Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem (PROFAE); o programa de incentivo as mudanças curriculares em Escolas Médicas (PROMED); o Programa Nacional de reorientação da formação profissional em saúde (PRÓ-SAUDE); a Especialização de Equipes Gestoras (Gerus), e a própria residência multiprofissional em saúde da família (CAMELO, 2009).

Além disso, o governo federal adotou a educação permanente como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, instituindo em fevereiro de 2004

a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), partindo-se do princípio que a formação profissional não termina com a graduação, mas deve existir durante toda a trajetória profissional. Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Segundo Ceccim (2005) a Educação Permanente em Saúde corresponde à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar.

Na conjuntura atual a Educação Permanente constitui uma das principais estratégias para qualificação dos recursos humanos. No Brasil, o conceito de ‘quadrilátero da formação’, representa os elementos que operam a Educação Permanente em Saúde (EPS): educação que associa o ensino como suas repercussões sobre o trabalho, o sistema de saúde e a participação social (CECCIM, 2005).

3.2 Competências gerais das DCN

O conceito de competência profissional, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2002) surgiu nos anos 60 nos Estados Unidos, fundamentado numa psicologia comportamental, na qual o termo competência refere-se a características individuais, subjacentes a pessoa, qualidades que levariam a um desempenho efetivo superior.

Para Deluiz (2001) o modelo das competências profissionais começa a ser discutido no mundo empresarial no início da década de 70, no contexto da crise estrutural do capitalismo que se configura nos países desenvolvidos. Esta crise se expressa pelo esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista, pela hipertrofia da esfera financeira na nova fase do processo de internacionalização do capital e por uma acirrada concorrência intercapitalista, com tendência crescente à concentração de capitais.

Com base nos princípios taylorista, as empresas procuravam qualificar seus colaboradores em relação às habilidades técnicas para o exercício de atividades específicas. Nesse contexto, o termo competência profissional é utilizado quando uma pessoa qualificada é designada para realizar determinada função (BOMFIM, 2012).

Posteriormente, em decorrência de pressões sociais e do aumento das relações de trabalho, as organizações passaram a considerar, no processo de desenvolvimento profissional

de seus colaboradores, não somente as habilidades técnicas, mas também o comportamento social relacionado ao trabalho (BOMFIM, 2012).

Numa perspectiva mais atual Fleury e Fleury (2001) definem competência profissional com um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que justificam um alto desempenho, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas.

Quadro 1 – Competência profissional: conhecimento, habilidade e atitude.

Conceito	Definição
Conhecimento	Conjunto de informações obtido por meio de leitura que possibilitam ao profissional o domínio do <i>saber</i> e a capacidade de tomar decisões e solucionar problemas.
Habilidades	Conjunto de experiências obtidas por repetições que fornecem ao profissional o domínio do <i>saber fazer</i> e a capacidade de tomar decisões e solucionar problemas.
Atitudes	Conjunto de comportamentos adquiridos pela observação que confere ao profissional o domínio ético e afetivo de um <i>saber ser</i> e <i>saber conviver</i> , além da capacidade de tomar decisões e solucionar problemas.

Fonte: Saupe et al (2006).

Quando analisada sob a ótica da formação profissional na área da saúde, competência deverá se traduzir na capacidade de um ser humano cuidar do outro, colocando em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários para prevenir e resolver problemas de saúde em situações específicas do exercício profissional (DELUIZ, 2001).

Saupe et al (2006) destaca a importância do tempo e das experiências profissionais para a aquisição e a consolidação de *competências*, a necessidade de desenvolvimento de flexibilidade para que o profissional consiga se adequar a cada contexto e cultura e a existência de condições objetivas para o desenvolvimento das competências, como recursos do sistema, educação permanente e maior oferta de capacitação.

A formação acadêmica constitui base primordial para o desenvolvimento de profissionais competentes. No entanto, as atividades realizadas na graduação de profissionais na área da saúde se limitam ao repasse de conhecimentos nas disciplinas teóricas e sua aplicação prática nos estágios curriculares. A grade curricular tradicionalmente é composta por disciplinas estanques, com pouca ou nenhuma integração entre si, e muito menos com as demais profissões (SAUPE et al., 2006).

Enfocar competências na graduação não libera o currículo de pensar sobre o conhecimento, sobre a sua assimilação e incorporação no cotidiano da vida acadêmica, mas propõe integrá-lo ao processo de formação do estudante de forma inovadora, criativa, instigante, crítica e reflexiva. No currículo por competência, os resultados a serem obtidos dirigem o processo educacional. Assim, primeiramente se definem os resultados, depois os processos necessários para alcançá-los. O enfoque é dado ao que tem que ser aprendido pelo educando e não ao que tem que ser ensinado (SANTOS, 2011).

A elaboração de um currículo com base em competências envolve, inicialmente, a definição de uma matriz de competências, ou seja, um conjunto de competências-chave a ser desenvolvido ao longo do programa educacional. Assim, o ponto de partida para a estruturação curricular devem ser as DCN, que estabelecem as competências e habilidades a serem enfatizadas na graduação, cabendo a cada instituição definir sua matriz de competências, estabelecer e descrever claramente sua composição, estratificar seu desenvolvimento ao longo do currículo e elaborar um sistema de avaliação devidamente ajustado aos objetivos educacionais estabelecidos (SANTOS, 2011).

A Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, em 2001, orienta as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). A definição das diretrizes curriculares deu início a um movimento de transformação na educação, abrangendo o compromisso das universidades com os princípios e as diretrizes do SUS, através do desenvolvimento de ações de relevância social, nas quais a educação, o trabalho e as práticas sociais são articulados para formar profissionais conectados com as necessidades de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular a superação das concepções antigas e herméticas das grades curriculares, muitas vezes, meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL, 2001).

Constitui objetivo das DCN permitir que os currículos propostos possam construir o perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e

resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2001).

Seis competências gerais são definidas pelas DCN e compartilhadas por diferentes cursos de graduação em saúde, dentre eles, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição e Odontologia. Tais competências são consideradas essenciais para a formação de qualquer profissional no setor saúde (BRASIL, 2001). A descrição de cada competência é feita a seguir.

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

Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e definir as condutas mais adequadas, baseada em evidências científicas;

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

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

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

Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais (BRASIL, 2001).

Destaca-se, que as competências curriculares do curso de Medicina passaram por recente reformulação, no entanto, ainda apresentam aspectos comuns com os demais cursos da saúde, o que permite sua inclusão nessa pesquisa. A Câmara de Educação Superior instituiu em 20 de junho de 2014, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina, no qual a formação do graduado passa a desdobrar-se nas seguintes áreas: Atenção à saúde, Gestão em Saúde e Educação em saúde.

Cada área apresenta uma série de dimensões (competências), que deverão ser incentivadas durante o processo de formação do aluno, dentre elas: tomada de decisões; aprender com autonomia; aprender a aprender; aprender interprofissionalmente, trabalho em equipe; liderança; comunicação; participação social; gestão do cuidado; ética profissional; preservação da biodiversidade com sustentabilidade; segurança na realização de processos e procedimentos (BRASIL, 2014).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Odontologia foram reformuladas em 2002, enfocando as questões relacionadas ao profissional cirurgião dentista, no entanto, foram mantidas as mesmas competências gerais da versão das DCN de 2001.

Haja vista a semelhança entre os aspectos apontados pelas diretrizes propõe-se a formulação de um instrumento conjunto, que poderá ser utilizado entre os diversos cursos da saúde incluindo o curso de medicina. Salienta-se que serão abordadas no presente estudo apenas as competências gerais, sendo excluídas as competências específicas de cada curso.

3.3 Análises do conceito de competência profissional em saúde

Torna-se pertinente para este estudo discutirmos o significado de competência no âmbito do setor saúde. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura inicial com o objetivo de explanar o conceito e fundamentar sua aplicação na educação baseada em competências. Para o aprofundamento do tema utilizou-se a técnica de Walker e Avant (2011), considerando os antecedentes, atributos e consequentes do conceito de competência profissional em saúde.

A busca na literatura resultou em quatorze artigos que abordam a definição de competência profissional em saúde, envolvendo a área Médica, Odontológica e de Enfermagem. A amostra é composta por artigos nacionais e internacionais, apresentando-se nas línguas: português, inglês e espanhol.

Foram encontrados cinco antecedentes de competência, que incluem o processo de formação profissional, e a motivação para o trabalho. O processo de formação após a graduação se mostrou ainda mais importante para o desenvolvimento de competências, com destaque para a educação continuada.

A educação continuada é uma das modalidades de educação no trabalho, caracterizada por possuir um público-alvo multiprofissional, ser voltada para uma prática institucionalizada, focar os problemas de saúde e ter como objetivo a transformação das práticas técnicas e sociais, ser de periodicidade contínua, utilizar metodologia centrada na resolução de problemas e buscar como resultado a mudança no perfil profissional (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

É importante realizarmos uma breve distinção entre conceitos de educação continuada e educação permanente, haja vista, que ambos foram mencionados nesse estudo. A educação continuada é definida como um conjunto de atividades educativas para atualização do indivíduo, onde é oportunizado o desenvolvimento do funcionário assim como sua participação eficaz no dia-a-dia da instituição. A educação permanente foi instituída no Brasil como política, e possui dimensões muito além das ações da educação continuada, nas quais os trabalhadores são sujeitos de um processo de construção social de saberes e práticas (PEIXOTO et al., 2013).

A motivação precede a aquisição de competências, e influencia diretamente no interesse do indivíduo em desenvolver conhecimentos habilidades e atitudes em sua área de trabalho, sendo, portanto, um fator impulsionador imprescindível à formação de um profissional competente em qualquer área (SAUPE et al., 2006).

Como atributos do conceito de competência profissional em saúde destacaram-se o conhecimento, habilidade, atitudes, valores, comunicação e trabalho em equipe. Com relação à comunicação interpessoal as Diretrizes curriculares afirmam que os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação (BRASIL, 2001).

Acredita-se que uma comunicação efetiva entre a equipe de saúde, contribui para resolução dos problemas de forma mais rápida, dinâmica e satisfatória. A integralidade na assistência se fomenta por meio da comunicação entre profissionais. A atuação de diferentes profissionais de forma complementar poderá contribuir para o suprimento das necessidades do indivíduo como um todo.

A habilidade fica aderida à prática, à capacidade de fazer, à experiência clínica, à repetição e ao exercício psicomotor. A atitude, por sua vez, está relacionada particularmente ao valor, à ética e à cidadania. Incluíram-se aspectos individuais, subjetivos e emocionais, caracterizando a bagagem histórica e o caráter de cada um. Afirma-se que a sua aquisição tem origem na família e se firma no meio profissional (SAUPE et al., 2006).

A tomada de decisão, por sua vez, constitui uma atitude que se compõe do pensamento crítico sobre as situações com base em análise e julgamento das perspectivas de cada proposta de ação e de seus desdobramentos. O raciocínio lógico e intuitivo e a avaliação permeiam esse processo (PAULA *et al.*, 2013). O trabalhador de saúde deve ser capacitado a tomar decisões considerando uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas (BRASIL, 2001).

Já a liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. A capacidade de liderança é um requisito para os profissionais da saúde que trabalham com gerência e administração, no entanto, esse atributo tem se mostrado um diferencial também para os profissionais da assistência (PAULA et al., 2013), principalmente devido ao trabalho, geralmente, ser realizado em equipe e, portanto, necessitam de lideranças para o direcionamento das ações.

Os consequentes encontrados para o conceito foram distribuídos em três grupos: relacionados ao profissional, relacionados à comunidade e relacionado às instituições. Observou-se que a maioria dos artigos enfocam os atributos do profissional competente e pouco discutem sobre os consequentes benefícios para a sociedade.

A valorização profissional é citada nos artigos como principal recompensa pelo trabalho desenvolvido por um profissional competente, tornando esse indivíduo respeitado e admirado pela equipe e pelos usuários do sistema de saúde. A comunidade, por sua vez, se beneficia, com uma assistência de qualidade e resolutiva. Por fim, a instituição tem seus objetivos e metas alcançadas.

Como visto na literatura, o conceito de competência não se reduz aos atributos de conhecimento e habilidades. O trabalho em equipe, a comunicação interpessoal envolvendo profissionais e pacientes, a tomada de decisão, os valores éticos e a liderança, são de grande relevância ao considerarmos um profissional competente, porém esses atributos ainda são pouco trabalhados na graduação (WASHINGTON, 2007; LOPES et al, 2012; FERNANDEZ et al., 2012).

Em outras palavras, a competência não deve restringir a um simples saber-fazer, para que não resulte em uma prática burocrática, automatizada, que exclua a subjetividade, reflexão e criatividade daquele que realiza (AGUIAR; RIBEIRO, 2010). Cabe as instituições de ensino promover propostas pedagógicas que estimulem o desenvolvimento desses atributos, as instituições de saúde a promoverem a educação continuada em seus serviços, e ao próprio profissional, o interesse pela busca de seu aprimoramento.

Salienta-se que o processo de capacitação de profissionais não se deve apenas a aprendizagem, mas também, sua avaliação poderá fomentar o desenvolvimento de competências que promovam a integralidade na atenção à saúde. Capacidades podem ser avaliadas por meio de situações simuladas e/ou práticas profissionais em contextos reais. Assim, a competência é aprimorada, no dia a dia, no processo de ensino-aprendizagem e na vivência do sujeito (AGUIAR; RIBEIRO, 2010).

As universidades como principal recurso para a formação de profissionais qualificados é capaz de criar ambientes onde é possível desenvolver competências (CAMELO, 2009). Ressalta-se que o interesse pela atuação de profissionais cada vez mais competentes nos serviços de saúde deve focar-se principalmente no usuário, tendo como objetivo principal a melhoria na assistência a saúde da população.

Observa-se que o levantamento dos atributos do conceito de competência em saúde obtido com essa revisão de literatura corrobora com as competências exigidas pelas DCN, fundamentando ainda mais a necessidade de sua aplicação nos currículos de graduação das Instituições de Ensino Superior.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica, caracterizada pelo desenvolvimento de instrumento de coleta de dados, visando definir o construto, formular os itens da ferramenta, desenvolver as instruções para usuários e respondentes, além de testar a confiabilidade e a validade do instrumento (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O estudo metodológico encontra-se estreitamente relacionado com a Psicometria, visto que esta trata do aspecto mais significativo e criticamente expressivo da pesquisa metodológica, consistindo em um conjunto de técnicas utilizadas para avaliar comportamentos e conceitos de forma adequada e comprovada experimentalmente. (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). A meta desse tipo de estudo é a elaboração de um instrumento confiável, que possa ser utilizado posteriormente por outros pesquisadores.

Considerando que o instrumento CSQ, desenvolvido por Kalishman et al. (2001) (ANEXO A), expressa a realidade de outro país, com diferentes diretrizes e estratégias de ensino, haveria inicialmente a necessidade de sua adaptação transcultural, o que corresponde, de acordo com o método de Beaton et al (2007), a sua tradução, retradução, revisão por um comitê de juízes (quanto a equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual) e aplicação de um pré-teste. No entanto, o processo de tradução para o português e adaptação do CSQ as Diretrizes Curriculares Nacionais foi iniciado por um grupo de Professores da Universidade Federal do Ceará, peritos em educação superior em saúde, que integram o programa Pró-ensino. Ressalta-se que todo esse processo foi realizado com a anuência do autor do instrumento.

O instrumento após tradução e adaptação recebeu o nome de Questionário de Habilidades Curriculares (QHC) (ANEXO B). Permaneceu no QHC o mesmo número de itens do instrumento original. Apesar de completada a etapa de tradução para o português, com adaptações considerando as DCN, o instrumento não foi submetido a análise das suas propriedades psicométricas de validade e confiabilidade.

Esse estudo, conclui o processo de adaptação do instrumento às competências gerais no campo da saúde das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), e submete o instrumento a análise das duas propriedades psicométricas supracitadas. Segundo Cardoso (2006), para que um instrumento de mensuração possa ser eficazmente empregado, na prática clínica ou de pesquisa, é necessário que passe pelos crivos da avaliação de tais parâmetros.

Validade e confiabilidade não são propriedades completamente independentes, tendo em vista a grande probabilidade de que um instrumento não confiável também não seja válido. Todavia, ao ser comprovadamente válido, um instrumento é, conseqüentemente, confiável (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001). É indicado, entretanto, que as análises de instrumentos de medição envolvam sempre as duas propriedades psicométricas em questão.

As mesmas autoras propõem uma sistemática de análise psicométrica na qual, a validade pode ser avaliada em termos de conteúdo, em termos de constructo e em termos de critério. A confiabilidade, por sua vez, pode ser mensurada pela avaliação da estabilidade, da consistência interna e da equivalência (POLIT; BECK, 2011).

Destaca-se que a eleição dos tipos de avaliação de validade e confiabilidade a serem empregados em um estudo deve ser coerente com o objetivo da investigação, com os propósitos do pesquisador, com as características do instrumento analisado e com o tipo de informação fornecida por este (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001). Sendo assim, nem sempre é possível que todas as formas de avaliação sejam utilizadas. Nesse estudo realizou-se a validação de conteúdo, a validação de constructo e a análise da confiabilidade pela consistência interna. A validade e a confiabilidade estão descritas a seguir.

4.2 Validação de conteúdo

A validade de conteúdo pode ser conceituada como o grau em que os itens de um instrumento representam satisfatoriamente o conteúdo do conceito que está sendo medido. Sua avaliação visa verificar se a amostra de itens mede o constructo específico proposto, contemplando adequadamente seu domínio (POLIT; BECK, 2011).

Nessa etapa, os itens do instrumento são avaliados por um grupo de especialistas na área de estudo do constructo que se pretende medir, estes julgarão o instrumento quanto à clareza, à relação do item com o respectivo domínio e à relevância para o constructo (PASQUALI, 1998), e ainda, determinarão quais itens passarão a compor o instrumento de medida, procedendo à exclusão e/ou inclusão de itens, até que se chegue à versão final do teste.

A validade de conteúdo é fundamental no processo de desenvolvimento e adaptação de instrumento de medidas, no entanto, apresentam limitações por ser um processo subjetivo. Segundo Polit e Beck (2011), não existe um método inteiramente objetivo capaz de garantir que o conteúdo de determinado conceito está adequadamente contemplado em um

instrumento de medição. Porém, pressupõe-se que um julgamento de qualidade torna satisfatório o emprego desse tipo de análise (HULLEY; CUMMINGS, 1988).

Para isso, dois pontos necessitam serem discutidos nessa avaliação: o número e a qualificação desses juízes. A literatura recomenda um mínimo de 5 e um máximo de 10 pessoas participando desse processo. Para a escolha dos juízes, deve-se considerar as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários (LYNN, 1986).

Considerando que o QHC se trata de um instrumento geral, que poderá ser aplicado a diferentes cursos da área da saúde, optou-se por selecionar um comitê multiprofissional, envolvendo especialista nas áreas de Medicina, Odontologia e Enfermagem

Foi proposto inicialmente, formar um comitê composto por um número ímpar de participantes (7 juízes). Todos foram selecionados a partir dos critérios propostos por Barbosa (2008) com adaptações (QUADRO 2). Os juízes que atingiram pontuação mínima de cinco pontos foram convidados a participar do estudo.

Quadro 2 - Sistema de classificação de juízes.

Crítérios	Pontos
Ser Doutor	4p
Possuir tese na área de interesse do constructo	2p
Ser Mestre	3p
Possuir dissertação na área de interesse do constructo	2p
Possuir artigos publicados na área de interesse do constructo	1p
Possuir prática profissional (clínica, ensino e pesquisa) de, no mínimo 5 anos na temática de constructo de interesse.	2p
Ser especialista na área de interesse do constructo	2p

Fonte: Barbosa, 2008.

A validação de conteúdo pode envolver procedimentos qualitativos e quantitativos. A avaliação qualitativa envolve a interação entre os participantes do comitê, permitindo discussões entre eles e o pesquisador. Já a quantitativa avalia numericamente o grau de concordância entre os juízes. A abordagem de se usar pelo menos dois métodos, geralmente quantitativo e qualitativo, é denominada triangulação metodológica (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Optou-se, nesse estudo, pela avaliação quantitativa. O método de escolha utilizado para medir a proporção ou porcentagem de concordância entre os juízes foi o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação que varia de 1 a 4. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir: 1 = irrelevante, 2 = item pouco relevante, 3 = item relevante, 4 = item muito relevante (LYNN, 1986).

O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que apresentaram pontuação “3” ou “4” pelos especialistas. Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). A fórmula para avaliar cada item individualmente fica assim:

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

Para o cálculo do IVC total, três equações matemáticas são sugeridas: O SVI-Ave (média dos índices de validade de conteúdo para todos os itens de uma escala), SCVI/UA (proporção de itens de uma escala que atingiram escores 3 (relevante) ou 4 (muito relevante), por todos os avaliadores), e o I-CVI (validade de conteúdo dos itens individuais) (POLIT; BECK, 2006).

Quanto mais próximo de um (1) estiver o valor do IVC, mais satisfatório pode ser considerado o item (POLIT; BECK, 2006). O ponto de corte de 0,80 tem sido comumente adotado por pesquisadores para estabelecer que um instrumento e/ou seus itens apresentam conteúdo válido (RIBEIRO, 2013; MOTA, 2014).

4.3 Validade de critério

A validade relacionada ao critério, conforme sugerido pelo próprio nome, exige necessariamente, o emprego de um critério externo para comparação de seus resultados com os do instrumento avaliado. Polit e Beck (2011) fazem uma distinção entre dois tipos de validade relacionada ao critério: a validade de predição e a validade concorrente.

A validade de predição refere-se à capacidade do instrumento de distinguir entre os desempenhos ou os comportamentos das pessoas em relação a um critério futuro (POLIT;

BECK, 2011). A validade concorrente, por sua vez, propõe-se a aplicação simultânea do instrumento a ser avaliado e de um segundo instrumento equivalente (padrão-ouro), na mesma amostra de indivíduos (VICTOR, 2007).

Ressalta-se que a análise da validade de critério costuma ser de difícil realização, uma vez que depende da existência e emprego de testes com as melhores características possíveis para servir como padrão (QUEIJO, 2002).

Nesse estudo não será empregada a validade de critério devido à inexistência de um instrumento com características que permitisse classificá-lo como “padrão-ouro” para avaliação das competências curriculares.

4.4 Validade de constructo

A validade do constructo, ou adequação do instrumento para medir o constructo focado, consiste em um esforço para testar hipóteses. Ao empregá-la, tenta-se verificar se o instrumento avaliado mede de modo válido o conceito abstrato que propõe avaliar (POLIT; BECK, 2011).

Nessa etapa orienta-se a realização da análise fatorial, a qual demonstra a própria validade do instrumento e representa, igualmente, a análise preliminar dos próprios itens. Existem diferentes técnicas de análise fatorial, porém, todas possuem a função de reduzir uma grande quantidade de variáveis observadas em um número menor de fatores (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010). Destaca-se que se o instrumento medir mais do que um fator (dimensão), as análises estatísticas devem ser realizadas independentemente para cada fator (PASQUALI, 1999).

Hair et al (2005) definem fator como a combinação linear das variáveis (estatísticas) originais. Em outras palavras, um fator resume um conjunto de variáveis a um só componente. Por exemplo, supomos que pretendemos realizar a análise fatorial de um instrumento de avaliação de atividades físicas cujos itens são compostos por atividades como: andar de bicicleta, fazer caminhada, correr e nadar. Considerando tais itens um fator que poderia representá-los seria “atividades aeróbicas”, pois constitui um fator comum a todos os itens.

A literatura diferencia duas principais modalidades de análise fatorial: a exploratória e a confirmatória. Enquanto a primeira busca explorar os dados para identificar padrões de correlação entre as variáveis, a segunda avalia a medida de pertença das variáveis a determinada dimensão (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

A análise fatorial produz, para cada item, uma carga fatorial (saturação) desse item no fator (dimensões subjacentes), a qual indica a covariância (parentesco) entre o fator e o item. Quanto mais próximo de 100% de covariância item-fator, melhor será considerado o item. Uma carga fatorial de 0% significa que não há nenhuma relação desse item no fator. Recomenda-se uma carga mínima de 30% para que o item seja representante útil do fator (PASQUALI, 1999).

Sendo assim, considerando nosso exemplo, todos os itens (andar de bicicleta, fazer caminhada, correr e nadar) devem contribuir com uma carga (carga fatorial) para a formação do fator comum “atividades aeróbicas”, caso algum item não possua uma carga fatorial adequada (30%), tal item será considerado independente, pois não possui relação de parentesco com os demais itens para medir o mesmo atributo.

Figueiredo Filho e Silva Júnior (2010) sintetizam o planejamento de uma análise fatorial em três estágios, como mostra o quadro a seguir.

Quadro 3 - Planejamento da análise fatorial em três estágios.

Procedimento	O que deve ser observado
Verificar a adequabilidade da base de dados	Nível de mensuração das variáveis, tamanho da amostra, razão entre o número de casos e a quantidade de variáveis e o padrão de correlação entre as variáveis.
Determinar a técnica de extração e o número de fatores a serem extraídos	Os tipos de extração: <i>principal components, principal factors, image factoring; maximum likelihood factoring; alpha factoring; unweighted least squares; generalized least squares.</i>
Decidir o tipo de rotação dos fatores	Se for ortogonal (<i>Varimax, Quartimax, Equamax</i>), se for oblíqua (<i>direct oblimin, Promax</i>).

Fonte: Figueiredo filho; Silva júnior, 2010.

O ponto de partida de toda análise fatorial é **verificar a adequabilidade da base de dados**. Em relação ao nível de mensuração, a literatura mais conservadora recomenda apenas a utilização de variáveis contínuas ou discretas (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

Com relação ao número de casos Hair et al (2006) sugerem que a amostra deve ser superior a 50 observações, sendo aconselhável no mínimo 100 casos para assegurar resultados mais robustos. A razão entre o número de casos e a quantidade de variáveis deve exceder cinco para um ou mais (HAIR et al, 2006).

No que concerne ao padrão de correlação entre as variáveis, a matriz de correlações deve exibir a maior parte dos coeficientes com valor acima de 0,30. Para esta etapa sugere-se o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que varia entre 0 e 1. Quanto mais perto de 1 melhor. Por fim, a estatística *Bartlett Test of Sphericity* (BTS) deve ser estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Depois de verificar a adequabilidade da base de dados, o pesquisador deve seguir para o segundo estágio: **determinar a técnica de extração dos fatores**. Para Garson (2009), a extração por componentes principais é em geral preferida para fins de redução de dados. Este estudo utilizará o método de componentes principais por ser o mais utilizado (PALLANT, 2007).

Após decidir o método de extração, o pesquisador deve determinar o número de fatores que serão extraídos. O objetivo da extração dos fatores é determinar a quantidade de fatores que melhor representa o padrão de correlação entre as variáveis observadas (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010). A literatura recomenda a utilização da regra do *eigenvalue* (critério de Kaiser) para extração de fatores, esse método será discutido posteriormente.

Terminada essa etapa o pesquisador deve seguir para o terceiro estágio: **decidir o tipo de rotação dos fatores**. De acordo com Schawb (2007), o método de rotação se refere ao método matemático que rotaciona os eixos no espaço geométrico. Isso torna mais fácil determinar quais variáveis são carregadas em quais fatores. De acordo com Tabachnick e Fidell (2007), existem dois principais tipos de rotação: ortogonal e oblíqua. Todavia, as rotações ortogonais são mais fáceis de reportar e de interpretar, e por isso, o método de rotação utilizado nessa pesquisa foi a rotação ortogonal de *Varimax*.

A validade de constructo também pode ser analisada através da comparação de grupos contrastados, ou grupos conhecidos. Nesta, comparam-se os escores obtidos por grupos supostamente diferentes em termos do conceito abstrato que está sendo medido pelo instrumento. A interpretação de validade é condicionada à existência de diferenças de escores entre os grupos, de forma que sua ausência permite questionar a validade de constructo da ferramenta avaliada (POLIT; BECK, 2011).

Segundo Pasquali (2010), a técnica da análise fatorial é de grande relevância, uma vez que fornece informações de grande valor acerca da qualidade tanto dos itens individuais, quanto da totalidade do instrumento de medida. Neste estudo, foi realizada a análise fatorial exploratória, o método de extração dos fatores é por componentes principais, e sua rotação é feita pelo método ortogonal de *Varimax*.

4.5 Confiabilidade

A confiabilidade é o grau de consistência ou precisão com que um instrumento mede o atributo. Quanto maior a confiabilidade do instrumento, menor a quantidade de erros nos escores obtidos. Três aspectos da confiabilidade interessam aos pesquisadores quantitativos: estabilidade, consistência interna e equivalência (POLIT; BECK, 2011).

A estabilidade de um instrumento é o grau em que resultados similares são obtidos em duas ocasiões diferentes. A avaliação da estabilidade é feita por procedimentos de teste-reteste. Os pesquisadores aplicam a mesma medição a certa amostra duas vezes e depois, comparam os escores (POLIT; BECK, 2011).

A consistência interna é o melhor meio de avaliar uma fonte especialmente importante de erro de medição em instrumentos psicossociais – a amostragem de itens. O instrumento pode ser considerado como tendo consistência interna quando seus itens medem o mesmo traço. Em geral, examina-se a consistência interna pelo cálculo do coeficiente alfa (ou alfa de Cronbach) (POLIT; BECK, 2011).

O índice alfa de Cronbach estima o quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. Quanto maior for o valor do coeficiente em questão (mais próximo de um), maior será a congruência entre os itens de um instrumento (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006).

O uso de medidas de confiabilidade, como o alfa de Cronbach, não garante unidimensionalidade ao questionário, mas assume que ela existe. A unidimensionalidade é uma característica de um conjunto de indicadores que tem apenas um conceito em comum (HAIR JUNIOR *et al.*, 2005).

A equivalência, por fim, refere-se principalmente ao grau de concordância entre dois ou mais observadores ou codificadores independentes a respeito dos escores de um instrumento. Quando há um elevado grau de concordância, pressupõe-se que os erros de medição foram minimizados (POLIT; BECK, 2011).

O método utilizado nesse estudo para avaliar a confiabilidade do instrumento de medida foi a consistência interna pelo cálculo do coeficiente alfa, por ser o mais utilizado e o mais adequado ao tipo de instrumento que está sendo estudado. Polit e Beck (2011) destacam que a escolha do procedimento de estimativa da confiabilidade de um teste deve considerar o aspecto de maior importância para o atributo medido.

4.6 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na Universidade Federal do Ceará (UFC), no período de julho a outubro de 2015, no campus do Porangabuçu, que concentra os cursos de graduação na área da saúde, dentre eles, Enfermagem, Odontologia, Medicina, Farmácia, e mais recentemente o curso de Fisioterapia. Administrativamente o campus está subdividido em duas faculdades: Faculdade de Medicina (FAMED) e Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE), ambos constituem o Centro de Ciências da Saúde.

Obteve-se declaração de anuência dos coordenadores dos cursos, com os quais a pesquisa foi realizada: Enfermagem; Odontologia e Medicina. Em seguida, solicitou-se as coordenações que disponibilizassem os e-mails dos alunos nos semestres de interesse para o estudo (quatro últimos semestres).

O interesse pelos alunos dos cursos de Enfermagem, Odontologia e Medicina, justifica-se pelo fato de que os três cursos fazem parte do programa Pró-ensino, com o qual esta pesquisa está vinculada. Além disso, os profissionais formados por esses cursos são os mais atuantes nas Equipes de Saúde da Família. Sendo a ESF o primeiro contato da população com os serviços de saúde, considera-se a necessidade prioritária de capacitação desses profissionais para trabalharem no SUS.

A coleta de dados foi eletrônica, ou seja, o contato entre os alunos e o instrumento de medida se deu via e-mail. No entanto, algumas visitas foram realizadas no campus com o intuito de apresentar aos estudantes os objetivos da pesquisa, convidá-los a participarem do estudo, e a responderem ao questionário quando este fosse enviado ao seu endereço eletrônico.

Observou-se que esse contato inicial com os alunos gerou um maior interesse na participação no estudo e acelerou o processo de coleta de dados. As visitas ocorriam nos horários de aula, ou nas atividades de laboratório, com o propósito de encontrar o maior número de alunos possíveis num mesmo lugar. Ressalta-se que o instrumento não foi aplicado durante as visitas. O objetivo foi apenas convidá-los a participar da pesquisa, considerando sua relevância para a universidade e para os próprios alunos.

As visitas foram realizadas nas turmas de Odontologia do oitavo ao décimo semestre, e nas turmas de Enfermagem do sétimo e oitavo semestre. Não foram realizadas visitas as turmas de Enfermagem do nono semestre e as turmas de Medicina pela impossibilidade de encontro com os alunos durante o período de coleta, devido, principalmente, aos estágios e internatos.

4.7 População e amostra

4.7.1 Comitê de Juízes

A escolha dos juízes se deu por indicação de profissionais da área e análise do currículo Lattes. Sete juízes foram convidados para compor o Comitê na validação de conteúdo, todos foram submetidos aos critérios propostos por Barbosa (2008). No entanto, seis responderam o convite em tempo hábil, sendo assim, seis juízes participaram dessa etapa da pesquisa.

O contato com os Juízes ocorreu por e-mail. Esses receberam o instrumento juntamente com uma carta-convite para participarem da pesquisa (APÊNDICE B), um questionário de caracterização profissional (APÊNDICE C) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D).

Os juízes foram convidados a julgar a pertinência de cada item no instrumento, com base no que está sendo exigido pelas DCN. Assim, foi disponibilizado aos juízes além do instrumento para avaliação (QHC), as DCN dos três cursos (Enfermagem, Odontologia e Medicina). Essa etapa foi realizada no período de julho a setembro de 2015.

4.7.2 População alvo para aplicação dos testes psicométricos

Concluída a etapa de validade de conteúdo, o instrumento (QHC) modificado pelos juízes, foi aplicado a uma população alvo para análise de suas propriedades psicométricas (validade de constructo e confiabilidade). Essa população consta de alunos de graduação da UFC, devidamente matriculados nos cursos de Enfermagem, Odontologia ou Medicina, cursando entre os quatro últimos semestres da grade curricular.

O cálculo para estabelecimento do tamanho amostral foi realizado de acordo com proposta de Kass e Tinley (1979), que sugerem um número mínimo de cinco sujeitos por variável para a realização de análise fatorial. Considerando-se que o instrumento (QHC), após a avaliação pelo comitê de juízes, contém 20 itens, o cálculo resultou em 100 estudantes de graduação, no mínimo. Porém, objetivando uma amostra heterogeneia, igualmente distribuída entre os três cursos, propõe-se uma amostra inicial de 102 alunos: 34 alunos de Enfermagem, 34 alunos de Odontologia e 34 alunos de Medicina.

Os alunos foram convidados, por meio eletrônico, a participarem da pesquisa com a apresentação de uma carta convite. Ao final da carta havia um link de acesso à pesquisa que direcionava os alunos ao Google Drive. Tanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(APENDICE E) quanto o instrumento de pesquisa (QHC) foram apresentados aos alunos ao acessarem o link do estudo. A utilização do Google Drive como recurso para coleta de dados será discutida adiante.

Foram excluídos da amostra estudantes de graduação em curso dos primeiros semestres; recém-formados; estudantes de pós-graduação; estudantes de outros cursos da área da saúde; e estudantes que não responderam o QHC em tempo hábil para o desenvolvimento da pesquisa. Considerou-se 60 dias, a partir do primeiro contato eletrônico com os alunos, o tempo necessário para a conclusão dessa etapa.

4.8 Coleta de dados

Foi utilizada como ferramenta para coleta de dados o Google drive. O acesso aos e-mails dos alunos foi obtido após sua disponibilização pelas coordenadorias dos três cursos (Enfermagem, Odontologia e Medicina). Obteve-se no total, o endereço eletrônico de 419 alunos, para os quais a carta convite para a participação na pesquisa foi enviada.

O Google drive é um serviço de disco virtual que o Google lançou em 2012, oferecendo 5 GB de espaço gratuito para seus usuários. O serviço permite o armazenamento de arquivos na nuvem do Google, dentre eles, fotos, vídeos, documentos, planilhas, e formulários, e ainda, permite o compartilhamento desses arquivos com pessoas ou grupos.

O instrumento QHC foi adaptado às configurações do Google Drive, sofrendo algumas alterações em sua formatação. No entanto, não houve nenhum comprometimento no seu conteúdo, tão pouco, em sua análise. As respostas geradas pelos alunos são automaticamente armazenadas na planilha do Google Drive. A análise descritiva dos dados, também foi gerada por esse recurso, e apresentada em gráficos.

Houve algumas limitações ao usarmos esse recurso, por exemplo, existe um limite diário de e-mails com os quais o instrumento pode ser compartilhado, desse modo, apesar de disponibilizarmos de 419 e-mail, apenas 40 eram contatados por dia. Além disso, percebeu-se um maior desinteresse dos alunos em responder pesquisas eletrônicas, situação essa minimizada com as visitas realizadas ao campus.

Acredita-se que uma coleta presencial teria resultados mais rápidos, porém, justifica-se a coleta eletrônica, uma vez que nos semestres selecionados, os alunos dificilmente encontram-se nas salas de aula, por estarem em estágios nos diversos cenários de prática, inclusive no interior do Estado. Assim, considerando a inviabilidade de localização desses alunos, o contato físico foi prejudicado.

4.9 Organização e análise dos dados

Os dados coletados para a etapa de validação de constructo e confiabilidade foram automaticamente inseridos em planilha eletrônica para organização dos dados. Estes foram transferidos para o Statistical Package for Social Sciences versão 20.0 (SPSS) para procedimentos de análise descritiva e inferencial. A descrição da amostra foi apresentada em tabelas, gráficos e quadros.

Os dados relativos à validade de conteúdo foram organizados utilizando-se o programa Microsoft Excel 2010 e analisados de forma descritiva. Além do Índice de validade de conteúdo, método utilizado nessa etapa, foram calculadas as médias obtidas em cada item.

A análise exploratória dos dados consta de testes estatísticos descritivos, frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão. Os resultados obtidos foram analisados tendo como marco teórico a legislação e resoluções que estabelecem as diretrizes curriculares dos cursos em estudo, os projetos pedagógicos de cada um deles e a produção científica acerca dos processos de aprendizagem de adultos.

Para a análise da confiabilidade do QHC, empregou-se o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, considerando a escala total (20 itens). A validade de construto foi avaliada por análise fatorial exploratória, empregando a extração de componentes principais. Para todos os testes, fixou-se nível de significância de 95% ($p \leq 0,05$).

4.10 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi submetido ao cadastramento prévio na Plataforma Brasil, para análise por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme recomendação da Portaria 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que trata da realização de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado sob o parecer de número: 1.135.622 (ANEXO C).

Foi garantido aos sujeitos a liberdade de participar ou não do estudo. Na validação por um comitê de juízes, foi esclarecido, a cada especialista, os objetivos do estudo, assim como foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nesta etapa foram resguardadas a confidencialidade e a privacidade.

Já os alunos de graduação receberam o TCLE de forma eletrônica, adaptado ao Google drive, assim, o aceite de participação da pesquisa foi computado por esse recurso e armazenado na nuvem. No formulário eletrônico o TCLE foi apresentado aos alunos como item de resposta obrigatória, de modo que o mesmo era impossibilitado de responder o

questionário caso não assinalasse a opção que leu e concordou com o TCLE. Todos os alunos que responderam ao questionário foram mantidos no anonimato.

Ressalta-se, ainda, que a utilização do instrumento QHC nessa pesquisa foi autorizada pelos professores membros do programa Pró-ensino que iniciaram o processo de adaptação do instrumento, e nos permitiram seu processo de conclusão.

5 RESULTADOS

5.1 Validação de conteúdo

5.1.2 Avaliação do QHC por um comitê de juízes.

O comitê de juízes foi composto por seis especialistas, com formação nas áreas de Enfermagem (1), Odontologia (1), Medicina (1) Pedagogia (1), Filosofia (1) e Psicologia (1). Desses, 4 possuem titulação máxima de doutores, 1 PhD, e 1 mestre. Todos já desenvolveram pesquisas relacionadas à temática em estudo, e possuem experiência média de 20 anos em educação de nível superior. Ressalta-se que sete juízes foram convidados a participar dessa pesquisa, porém, um dos convidados não respondeu o convite em tempo hábil.

A pontuação mínima atingida pelos especialistas nos critérios de seleção, propostos por Barbosa (2008), foram 10 pontos. O contato com os juízes foi efetivado via correio eletrônico. Sugestões, dúvidas e esclarecimentos estiveram presentes em conversas entre o pesquisador e cada juiz por e-mail. Não havendo discussão entre os juízes.

As áreas de atuação dos juízes foram: avaliação institucional e de desempenho dos cursos de graduação; ensino na saúde; orientação profissional; desenvolvimento curricular; projetos pedagógicos; docência e educação superior. A ocupação atual dos seis juízes envolvem atividades de ensino e pesquisa, apenas dois, agregam a essas atividades a assistência à população. Dentre os seis juízes, um informou não ter participado anteriormente de pesquisas envolvendo elaboração de instrumentos de medida.

Os juízes avaliaram cada item do instrumento quanto sua clareza e relevância. Inicialmente foi indagado aos juízes o quanto cada habilidade é relevante no processo de formação profissional. Foi permitido aos juízes que sugerissem a inclusão de novos itens caso julgassem necessário ao questionário. No entanto, apenas uma nova habilidade foi proposta por um juiz. Segundo o mesmo, faltava no instrumento uma habilidade que estimulasse as atividades de docência. No entanto, após a avaliação da proposta, o item sugerido foi descartado, partindo do princípio de que o instrumento seria aplicado a cursos de bacharelado e não de licenciatura e, por isso, não haveria necessidade de estimular esses alunos a habilidade de docência.

Três juízes sugeriram a inclusão da opção “não se aplica = NA” na escala de likert do questionário, que até então, variava sua pontuação de 1 a 4, com relação ao grau de incentivo das habilidades pelas universidades. Haja vista que, nem todas as estratégias de ensino foram vivenciadas por todos os alunos, por exemplo, muitos alunos de enfermagem não

participam de grupos tutoriais, e portanto, não teriam como avaliar as habilidades nesse cenário. Assim a opção “Não se aplica”, foi considerada viável e, desse modo, foi acrescentada ao questionário.

Os dados resultantes da avaliação quantitativa das habilidades foram armazenados em banco de dados no programa *Microsoft Excel* 2010, e posteriormente calculou-se as médias e o IVC, conforme o quadro 4.

Quadro 4 – Médias e IVC das habilidades do QHC, após análise dos juízes. Fortaleza, 2015.

Habilidades	Médias	IVC
Conhecimento geral para profissão	3,5	0,8
Responsabilidade pelo próprio aprendizado	3,8	1
Integração de Conhecimentos	3,6	0,8
Pensamento crítico	4	1
Comunicação verbal	3,8	1
Comunicação escrita	3,8	1
Relação profissional - paciente	4	1
Auto-avaliação	3,8	1
Habilidades para lidar com incertezas	3,8	1
Habilidade para lidar com erros	4	1
Habilidade para dar e receber feedback	3,8	1
Avaliação por pares	3	0,6
Consciência da própria fortaleza e limitações	3,8	1
Formação humanística e ética	3,8	1
Liderança	3,3	1
Trabalho em equipe	4	1
Abordagem integral do paciente	4	1
Compromisso com a sociedade	4	1
Tomada de decisões	4	1
Compromisso com a instituição	3,5	1
Administração e gerenciamento	3,2	0,8

O ponto de corte do IVC é de 0,8 pontos. Os itens que não atingiram essa pontuação foram excluídos. Assim, a habilidade de “avaliação por pares”, com IVC de 0,6, foi descartada, restando 20 habilidades no instrumento.

O valor do IVC total, resultante do cálculo das médias das três equações (SVI-Ave, SCVI/UA, I-CVI), foi de 0,86, considerando o instrumento como um todo, adequado.

Posteriormente foi solicitado aos juízes que avaliassem a relevância de cada cenário no instrumento de medida, Nessa etapa, foi indagado aos juízes se os cenários propostos realmente são meios oportunos para a aplicação dessas habilidades. Os resultados de tal avaliação estão disponíveis no quadro 5.

O item “importância para profissão” foi considerado irrelevante pelos juízes, uma vez que partindo da compreensão que todas as habilidades dispostas no QHC estão nas DCN, não há pertinência do porque desse questionamento aos alunos. Do mesmo modo, considerou-se que o item está “deslocado” dos demais, com relação ao que pretende-se medir.

Considerando que a maioria dos juízes discordava de tal item, antes mesmo de preencher o questionário de análise do instrumento, não houve uma avaliação quantitativa da sua relevância, portanto não há cálculo do IVC para o item Importância para profissão.

Quadro 5 - IVC dos cenários do QHC, após avaliação dos juízes. Fortaleza, 2015.

Cenários	IVC
Atividades Teóricas	0,7
Laboratórios	0,76
Seminários	0,69
Grupos de discussão	0,84
Atividades em Enfermarias	0,97
Atividades de Pesquisa	0,87
Atividades em Ambulatórios	0,95
Emergências	0,95
UAP*	0,96
Grupos tutoriais	0,9

*Unidade de Atenção Primária

Como observado no quadro acima, o cenário seminários apresentou IVC= 0,69 e, portanto, foi excluído pelos juízes. A justificativa nesse caso, diz respeito à impossibilidade de se avaliar o incentivo a todas as habilidades durante os momentos de seminário, por ser de modo geral, uma atividade curta e de ocorrência esporádica na cultura brasileira.

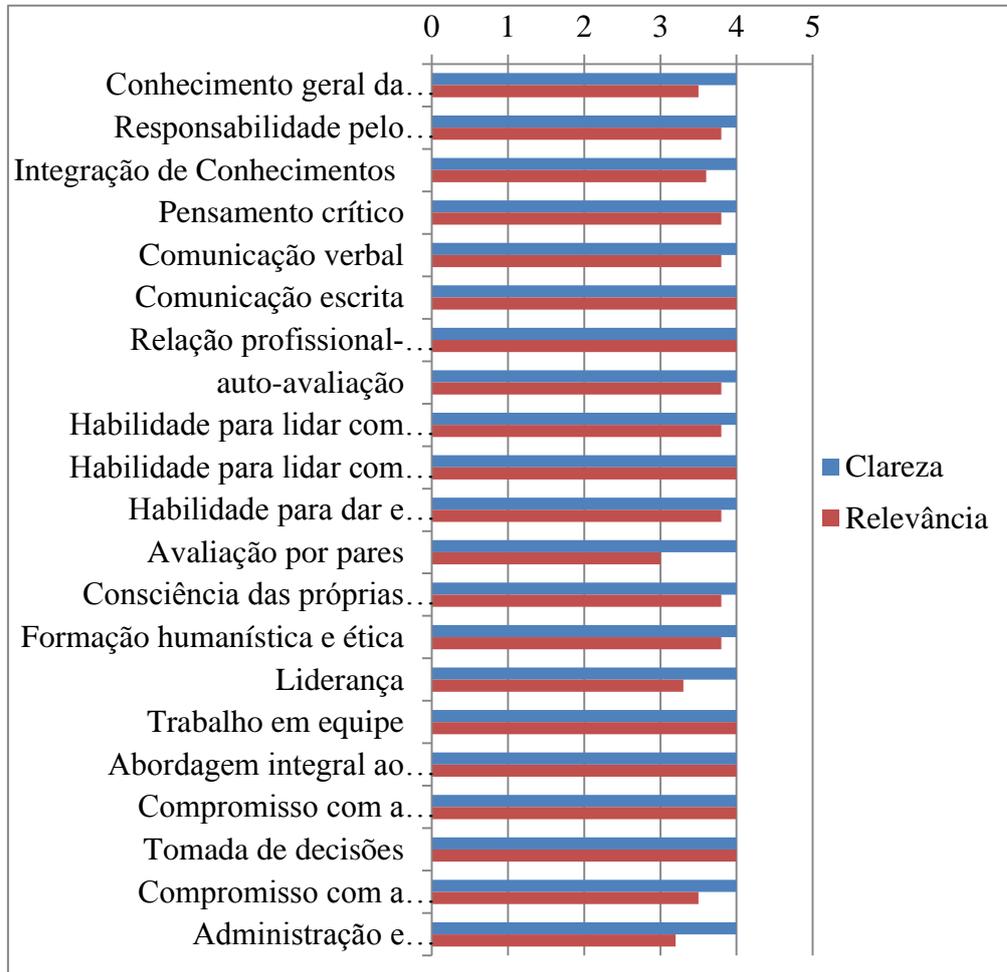
Os cenários considerados de maior relevância entre os juízes incluem aqueles relacionados aos estágios e/ou internatos em enfermarias, emergências e UAP, pois, segundo eles, é na prática o lugar ideal para o estímulo das competências.

Quanto à análise da clareza dos itens, verificou-se que as 21 habilidades da versão brasileira do QHC foram consideradas completamente adequadas pelos peritos (100% de concordância), também não foram relatadas dificuldades para a compreensão dos cenários do instrumento. Apenas foi sugerida por um dos juízes a troca do termo “Atividades de pesquisa”, por “Grupos de pesquisa”. A sugestão foi aceita na nova versão do questionário.

A avaliação da relevância de cada item pelos juízes foi realizada em uma escala tipo likert que varia sua pontuação entre 1= não relevante, 2 = pouco relevante, 3= relevante e 4 = muito relevante. O gráfico abaixo mostra a distribuição dos 21 itens do instrumento

avaliado quanto às porcentagens de concordância referentes aos critérios de clareza e relevância, conforme o julgamento dos avaliadores.

Gráfico 1- Avaliação dos juízes com relação à relevância e clareza dos itens. Fortaleza, 2015.



Concluída a análise pelo comitê de juízes, o instrumento passou a ser composto por 20 habilidades e 9 cenários. Não foram acrescentados novos itens, e apenas um item e um cenário foram retirados. Acrescentou-se a opção “não se aplica = NA” a escala de Likert. Alterou-se o nome do cenário “Atividades de pesquisa” para “Grupos de pesquisa”.

Ao final da avaliação do instrumento pelo IVC, constatou-se que a nova versão do QHC (APÊNDICE F) é válida com relação à análise de seu conteúdo.

Com essa etapa concluída, o novo instrumento foi preparado para sua aplicação na população alvo, iniciando as etapas de validação de constructo e análise da confiabilidade.

5.2 Validação de Constructo

5.2.1 Características da amostra em estudo

Para a análise da validação de constructo, o instrumento, em sua nova versão, foi aplicado em uma população alvo composta por 102 alunos dos cursos de graduação em Enfermagem, Odontologia e Medicina da UFC. No entanto, 2 questionários foram descartados por apresentarem muitas respostas em branco, o que comprometeria a análise dos dados. Assim, a amostra final foi composta por 100 alunos. As características da amostra estudada com relação ao curso e semestre estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização da amostra por curso e semestre. Fortaleza, 2015.

Características	N	%
Curso		
Enfermagem	41	41,0
Medicina	38	38,0
Odontologia	21	21,0
Semestre		
7º	7	7,0
8º	20	20,0
9º	36	36,0
10º	23	23,0
11º	6	6,0
12º	8	8,0

Conforme exposto na tabela 1, verificou-se que a maioria dos alunos pertence ao curso de Enfermagem (41%). Dentre os semestres, envolvendo os três cursos, os alunos do nono (36%) foram os mais presentes na pesquisa. O número reduzido de alunos da odontologia que compuseram a amostra deve-se, em parte, pelo fato do curso apresentar um número menor de estudantes nos semestres que foram incluídos nesse estudo. Encontrou-se semestres compostos entre 13 a 22 alunos, em contraste com a Medicina, em que cada semestre é formado por 60 a 70 alunos.

Considerando essa diferença numérica de alunos por curso, a distribuição igualitária da amostra tornou-se inviável. Além disso, nem todos os semestres receberam as visitas ao campus, mencionada anteriormente. O Curso de Enfermagem foi o mais visitado, daí a justificativa pelo maior número de alunos.

Os alunos avaliaram o instrumento quanto a sua compreensão. Destes, 19 informaram dificuldade em compreender um ou mais itens, dos quais 8 foram alunos da Medicina, 6 da odontologia e 5 da Enfermagem. O item dois, referente à habilidade de ter

responsabilidade pelo próprio aprendizado, foi o menos compreendido, seguido dos itens 9, 11 e 12, que representam as habilidades de lidar com incertezas, dar e receber feedback e ter consciência das próprias fraquezas e limitações, respectivamente.

Algumas dúvidas surgiram sobre a compreensão dos cenários, o mais indagado foi os “grupos tutoriais” por alunos da Odontologia e Enfermagem, isto porque muitos desses alunos não vivenciam experiências nesses grupos e por isso desconhecem o termo. Outra dúvida frequente ocorreu, mais especificamente, com os alunos da odontologia, muitos indagavam a relação dos cenários “enfermarias” e “ambulatórios” com o curso, pois os estudantes de odontologia não exercem atividades nesses cenários. A esses alunos foi dada a opção de usar o “não se aplica”, na escala de Likert.

Posteriormente, perguntou-se aos alunos qual a opinião deles sobre o questionário, 47 alunos julgaram o instrumento interessante e de grande importância no meio acadêmico, 38 relataram ser um instrumento extenso e cansativo, os demais (15) julgaram o instrumento confuso ou complicado.

Haja vista que um número elevado de alunos (38) considerou o instrumento extenso e cansativo, faz-se aqui uma breve discussão sobre esse aspecto. Reconhece-se que a formatação do QHC no Google Drive tornou o instrumento maior quando comparado a sua versão impressa, no entanto, a facilidade para respondê-lo foi ainda maior, o tempo médio para respondê-lo é de 5 minutos, enquanto na versão impressa o tempo médio para resposta é de 10 minutos. A tabela 2 a seguir mostra os percentuais de avaliação do instrumento QHC pelos alunos dos três cursos.

Tabela 2 – Dificuldades na compreensão dos itens e opinião dos alunos sobre o instrumento. Fortaleza, 2015.

Questionamento	N	%
Dificuldade na compreensão de algum item?		
Sim	19	19,0
Não	81	81,0
Quais itens não foram compreendidos?		
1. Conhecimento Geral	2	10,5
2. Responsabilidade pelo próprio aprendizado	10	52,6
9. Lidar com incertezas	5	26,3
11. Dar e receber feedback	4	21,0
12. Ter consciência das próprias fraquezas	4	21,0
19. Compromisso com as instituições	1	5,2
Qual sua opinião sobre o instrumento?		
chato/ cansativo	15	15,0
Confuso/ complicado	37	37,0
interessante/ importante	48	48,0

5.3 Análise fatorial

O planejamento da análise fatorial inicia-se com a verificação da adequabilidade da base de dados. É necessário observar se os requisitos para a análise fatorial estão sendo satisfeitos. Hair *et al* (2006) sugerem que a amostra deve ser superior a 50 observações, sendo aconselhável no mínimo 100 casos para assegurar resultados mais robustos. A razão entre o número de casos e a quantidade de variáveis deve exceder cinco para um ou mais (HAIR *et al*, 2006).

Visto que as variáveis são contínuas, e que o tamanho da amostra e a razão entre o número de casos e a quantidade de variáveis satisfazem a análise, passemos a avaliar o padrão de correlação dos itens. Para isso, utilizou-se o teste de Correlação de Pearson, considerando que a matriz de correlações deve exibir a maior parte dos coeficientes com valor acima de 0,30 (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

A tabela abaixo mostra a correlação dos 20 itens no cenário “Atividades teóricas”. Nessa etapa, cada item do instrumento foi correlacionado com os demais 19 itens. A tabela 3 mostra o número de itens que não apresentaram boa correlação na avaliação individual por item, ou seja, correlação inferior a 30%. Por exemplo, o item 1 “conhecimento geral para a profissão” não apresentou boa correlação (menor que 30%) com 9 itens do instrumento.

O item 2 (responsabilidade pelo aprendizado) apresentou menor correlação, pois dez (50%) dos demais 19 itens apresentaram correlação inferior a 0,3. Sendo assim, com exceção do item 2, os itens apresentaram boa correlação entre si.

Os itens que apresentaram melhores correlações com os demais foram: comunicação verbal (5), dar e receber feedback (11), consciência das próprias limitações (12), liderança (14) e compromisso com as instituições (19).

Tabela 3 - Número de itens que apresentaram correlação inferior a 0,3 na análise individual por item. Fortaleza, 2015.

Itens	Correlação inferior a 30%	
	N	%
1. Conhecimento geral para profissão	9	45,0
2. Responsabilidade pelo próprio aprendizado	10	50,0
3. Integração de Conhecimentos	0	0,0
4. Pensamento crítico	0	0,0
5. Comunicação verbal	1	5,0
6. Comunicação escrita	5	25,0
7. Relação profissional – paciente	0	0,0
8. Auto avaliação	2	10,0
9. Habilidades para lidar com incertezas	2	10,0
10. Habilidade para lidar com erros	3	15,0
11. Habilidade para dar e receber feedback	1	5,0
12. Consciência das próprias limitações	1	5,0
13. Formação humanística e ética	6	30,0
14. Liderança	1	5,0
15. Trabalho em equipe	2	10,0
16. Abordagem integral do paciente	2	10,0
17. Compromisso com a sociedade	2	10,0
18. Tomada de decisões	2	10,0
19. Compromisso com a instituição	1	5,0
20. Administração e gerenciamento	3	15,0

A adequabilidade dos dados foi analisada pelo teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Esse teste varia sua pontuação entre 0 e 1, quanto mais perto de 1, tanto melhor a correlação entre os itens (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

Considerando que a nova versão do QHC possui 20 itens que são avaliados em 9 cenários distintos, realizou-se o teste de KMO para todos os itens em cada cenário, resultando em nove valores de KMO que variou entre 0,72 a 0,87. Tais valores encontram-se acima do limite de 0,6, exigido pela literatura (PALLANT, 2007).

O teste de esfericidade de Bartlett's foi estatisticamente significativa ($p < 0,000$), indicando rejeição da hipótese nula de matriz de correlação identidade, o que confirma a existência de correlações entre as variáveis. Assim, os resultados obtidos comprovaram que a realização da análise fatorial foi adequada para a avaliação da nova versão do QHC.

Tabela 4 – Avaliação da correlação pelo teste de KMO em cada cenário. Fortaleza, 2015.

Cenários	KMO
Atividades teóricas	0,830
Laboratórios	0,868
Grupos de pesquisa	0,863
Grupos de discussão	0,872
Enfermarias	0,822
Ambulatórios	0,812
Emergências	0,726
UAP	0,776
Grupos tutoriais	0,817

Sequencialmente, deliberou-se pelo método de extração por análise de componentes principais, cabendo, a seguir, a decisão acerca do número de fatores a serem extraídos.

Apesar de não existir um critério consensual para definir quantos fatores devem ser extraídos, a literatura aponta alguns métodos que podem auxiliar o pesquisador na hora de tomar essa decisão. Um destes é o critério de Kaiser, ou regra do *eigenvalue* (autovalor), definido como a quantidade de variância total explicada por um fator (PALLANT, 2005).

Tal critério sugere que sejam mantidos na análise apenas os fatores que apresentarem autovalores iguais ou maiores que um. Se o fator apresenta baixo *eigenvalue*, ele está contribuindo pouco para explicar a variância nas variáveis originais (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010). Segundo Tabachnick e Fidell (2007), esse método funciona melhor quando o pesquisador utiliza entre 20 e 50 variáveis.

O método de extração de componentes principais, assim como o KMO, foi calculado considerando todos os itens em cada cenário. Com o objetivo de facilitar a compreensão dos resultados aqui expostos, será discutido inicialmente a extração dos componentes principais no cenário “Atividades teóricas (sala de aula)”.

Conforme exposto na tabela 4, sete fatores foram selecionados e submetidos ao critério de Kaiser, dos quais dois apresentaram autovalores superiores a 1. Desse modo, dois componentes foram extraídos, com variância de 74,9% dos dados. A variância acumulada é um critério adicional na decisão sobre o número de fatores a serem extraídos (HAIR *et al.*, 2006), a literatura recomenda um mínimo de 60% da variância para extração de fatores. Dessa forma, a extração dos fatores deve continuar até que o referido patamar seja alcançado.

A variância representa o quadrado do desvio padrão, e é uma medida de quão longe um conjunto de dados (números) estão distribuídos entre si (quão longe os valores ficam de um valor esperado, ou seja, da média) (MATTHIENSEN, 2011).

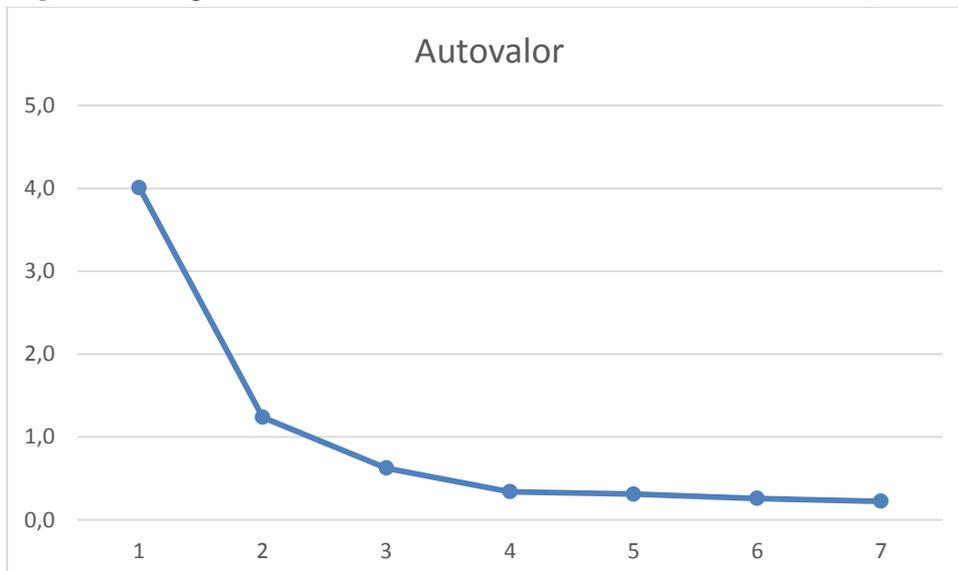
Tabela 5 – Autovalores e variância dos componentes extraídos no cenário “Atividades teóricas”. Fortaleza, 2015.

Componente	Autovalor	% de variância	% cumulativa
1	4,009	41,811	41,811
2	1,236	33,109	74,920
3	0,625		
4	0,339		
5	0,310		
6	0,258		
7	0,223		

O *scree test* é considerado um método auxiliar para embasar a decisão quanto à extração do mais adequado número de fatores. Para tanto, o pesquisador deve analisar graficamente a dispersão do número de fatores até que a curva da variância individual de cada fator se torne horizontal ou sofra uma queda abrupta. Isto indica que muita variância foi perdida, e, por isso, deve-se parar de extrair fatores (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

A figura 1 mostra o diagrama de declividade do *scree test* da nova versão do QHC considerando o cenário “Atividades teóricas”.

Figura 1- Diagrama de declividade: *scree test* da nova versão do QHC. Fortaleza, 2015.



O diagrama apresenta uma curva que não sofre queda abrupta, entretanto, mostra discreta inclinação entre o segundo e terceiro componentes, e a partir deste último, torna-se praticamente horizontal. Portanto, o terceiro componente consiste em seu ponto de inflexão.

Isto permite afirmar que a análise do diagrama de declividade indica a extração de 2 fatores, número de componentes situados acima deste ponto da curva.

O diagrama de declividade (*scree test*) apresentou-se semelhante em todos os cenários, com ponto de inflexão no terceiro componente, corroborando com o critério de Kaiser, para extração de dois componentes.

Depois de verificar a adequabilidade dos dados e o número de componentes extraídos, deve-se seguir para o terceiro estágio da análise fatorial: a rotação dos fatores. De acordo com Schawb (2007), o método de rotação se refere ao método matemático que rotaciona os eixos no espaço geométrico. Isso torna mais fácil determinar quais variáveis são carregadas em quais componentes. O tipo de rotação ortogonal *Varimax* é o mais comumente utilizado (PALLANT, 2007). Por esse motivo, foi o tipo de rotação escolhida nesse estudo.

Após rotação dos fatores, procedeu-se a avaliação das cargas fatoriais de cada variável com relação aos componentes extraídos. Adota-se 0,40 como limite aceitável da contribuição da variável na criação do fator (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010). Os itens que apresentam carga fatorial inferior ao recomendado (0,40) devem ser excluídos.

A tabela 6 apresenta a matriz de correlações, com dois fatores de solução, rotacionada pelo método ortogonal *Varimax*, com a supressão de cargas fatoriais inferiores a 0,40. O critério utilizado para a associação de um item a determinado fator foi a presença da mais elevada carga fatorial obtida pelo mesmo.

Tabela 6 – Matriz de correlação rotacionada com solução para 2 componentes, considerando o cenário: Atividades teóricas. Fortaleza, 2015.

Variáveis selecionadas (itens)	Componentes	
	1	2
Compromisso instituições	0,862	
Relação profissional paciente	0,834	
Compromisso sociedade	0,831	
Abordagem integral ao paciente	0,760	
Lidar com erros		0,913
Lidar com incertezas		0,842
Consciência das próprias fraquezas		0,747

Método de Extração: Análise de Componente Principal.
Método de Rotação: *Varimax* com Normalização de Kaiser.

Observou-se na tabela 6 que os itens selecionados no cenário “Atividades teóricas” apresentaram carga fatorial satisfatória, com valor mínimo de 0,74. Isso indica que os itens se mostraram adequadamente associados a seus fatores.

Até o momento a análise fatorial apresentada referia-se apenas ao cenário “Atividades teóricas”. Não serão expostas aqui o passo a passo da análise fatorial dos demais oito cenários, por ser repetitivo e desnecessário a apresentação dos dados. No entanto, ressalto que todas as etapas da análise fatorial foram realizadas nos nove cenários, e que as informações necessárias à compreensão do estudo serão expostas a seguir.

Com relação ao instrumento como um todo, verificou-se que em todos os nove cenários a extração de componentes principais resultou em dois fatores (componentes). A tabela 7 mostra os componentes com autovalores superiores a 1 encontrados em cada cenário.

Tabela 7 - Componentes extraídos, autovalores e variância. Fortaleza, 2015.

Cenário	Componentes	Autovalores	% variância	% cumulativa
Atividades teóricas	1	4,009	41,811	41,811
	2	1,236	33,109	74,920
Laboratórios	1	5,03	36,5	36,5
	2	1,11	24,9	61,5
Grupos de pesquisa	1	4,27	36,3	36,3
	2	1,10	30,8	67,1
Grupos de discussão	1	5,69	37,832	37,832
	2	1,22	24,906	62,738
Enfermarias	1	3,92	36,6	36,6
	2	1,28	28,3	64,9
Ambulatórios	1	3,79	43,5	43,5
	2	1,27	19,8	63,3
Emergências	1	2,99	34,6	34,6
	2	1,11	33,8	68,4
UAP	1	4,76	34,5	34,5
	2	1,28	32,5	67,1
Grupos Tutoriais	1	6,50	37,8	37,8
	2	2,10	33,9	71,7

Analisando as cargas fatoriais de todos os itens em todos os cenários, observou-se que o item 6 (Comunicação escrita) não apresentou carga fatorial satisfatória em nenhum dos cenários. A literatura recomenda a exclusão de tal item. No entanto, visto que o percentual de alunos que informa que essa habilidade não é incentivada foi elevado (40%), observa-se uma necessidade de mudanças no processo de formação quanto ao estímulo a essa habilidade.

Além disso, deve considerar também a confiabilidade do item. O item 6 mostrou-se confiável na análise de alfa de Cronbach.

Considerando que a comunicação escrita é fundamental ao desenvolvimento de um profissional competente e constitui uma das exigências das DCNs o item foi mantido. Espera-se que mantendo o item as Instituições de Ensino Superior poderão conhecer a deficiência no estímulo a essa habilidade e passarão a investir no seu desenvolvimento.

Os itens Compromisso com a sociedade (item 17) e o item habilidade para lidar com erros (item 10) apresentaram cargas fatoriais satisfatórias em quase todos os cenários. Observa-se na tabela 8 o número de cenários em que a carga fatorial de cada item mostrou-se satisfatória, ou seja, maior que 0,4.

Tabela 8 - Número de Cenários em que o item apresentou carga fatorial satisfatória. Fortaleza, 2015.

Itens	Número de Cenários em que o item apresentou carga fatorial satisfatória
1. Conhecimento geral para profissão	2
2. Responsabilidade pelo próprio aprendizado	1
3. Integração de Conhecimentos	3
4. Pensamento crítico	5
5. Comunicação verbal	5
6. Comunicação escrita	0
7. Relação profissional – paciente	3
8. Auto avaliação	3
9. Habilidades para lidar com incertezas	5
10. Habilidade para lidar com erros	7
11. Habilidade para dar e receber feedback	3
12. Consciência das próprias limitações	6
13. Formação humanística e ética	5
14. Liderança	2
15. Trabalho em equipe	5
16. Abordagem integral do paciente	4
17. Compromisso com a sociedade	8
18. Tomada de decisões	3
19. Compromisso com a instituição	6
20. Administração e gerenciamento	2

Um método utilizado para avaliar se a análise fatorial é satisfatória é a avaliação das comunalidades. De acordo com Schawb (2007), as comunalidades representam a proporção da variância para cada variável incluída na análise que é explicada pelos componentes extraídos. Usualmente o valor mínimo aceitável é de 0,50. Logo, caso o

pesquisador encontre alguma comunalidade abaixo desse patamar a variável deve ser excluída e a análise fatorial deve ser realizada novamente (FIGUEIREDO; SILVA JÚNIOR, 2010).

A tabela 9 apresenta os valores das comunalidades observados para os itens selecionados em cada cenário da nova versão do QHC, após a extração dos 2 fatores. Verificou-se que, com exceção do item trabalho em equipe no cenário “laboratórios”, todos os demais itens do instrumento assumiram comunalidades superiores a 0,50, indicando que a estrutura fatorial obtida pode ser considerada satisfatória.

Tabela - 9 Comunalidades observadas nos itens em cada cenário do QHC. Fortaleza, 2015.

Cenários	Itens	Comunalidades
Atividades teóricas	Relação profissional paciente	0,724
	Lidar incertezas	0,775
	Lidar erros	0,848
	Consciência fraquezas	0,696
	Abordagem integral	0,660
	Compromisso sociedade	0,734
	Compromisso instituições	0,807
	Conhecimento geral	0,517
	Comunicação verbal	0,557
	Relação profissional paciente	0,760
Laboratórios	Lidar incertezas	0,669
	Lidar erros	0,740
	Consciência fraquezas	0,674
	Formação humanística	0,627
	Trabalho equipe	0,463
	Compromisso sociedade	0,573
	Tomada decisões	0,565
	Auto avaliação	0,562
	Lidar incertezas	0,597
	Lidar erros	0,674
Grupos de Pesquisa	Consciência fraquezas	0,713
	Formação humanística	0,780
	Liderança	0,540
	Abordagem integral	0,732
	Compromisso sociedade	0,771
	Conhecimento geral	0,528
	Integração conhecimentos	0,641
	Pensamento crítico	0,758
Grupos de discussão	Comunicação verbal	0,554
	Lidar erros	0,532
	Dar receber feedback	0,748
	Consciência fraquezas	0,606
	Trabalho equipe	0,711

	Compromisso sociedade	0,709
	Compromisso instituições	0,569
	Habilidade administração	0,544
	Integração conhecimentos	0,60
	Pensamento crítico	0,60
	Comunicação verbal	0,68
Enfermarias	Relação profissional paciente	0,63
	Formação humanística	0,58
	Liderança	0,64
	Compromisso sociedade	0,72
	Habilidade administração	0,75
	Lidar erros	0,606
	Dar receber feedback	0,602
	Consciência fraquezas	0,720
Ambulatórios	Formação humanística	0,617
	Trabalho equipe	0,549
	Abordagem integral	0,511
	Tomada decisões	0,744
	Compromisso instituições	0,713
	Pensamento crítico	0,60
	Lidar incertezas	0,75
Emergências	Lidar erros	0,78
	Trabalho equipe	0,58
	Compromisso sociedade	0,72
	Compromisso instituições	0,68
	Pensamento crítico	0,52
	Comunicação verbal	0,62
	Auto avaliação	0,53
	Lidar incertezas	0,71
UAP	Lidar erros	0,68
	Dar e receber feedback	0,63
	Compromisso sociedade	0,85
	Tomada decisões	0,67
	Compromisso instituições	0,81
	Responsabilidade aprendizado	0,70
	Integração conhecimentos	0,76
	Pensamento crítico	0,89
	Comunicação verbal	0,86
	Auto avaliação	0,74
Grupos tutoriais	Consciência fraquezas	0,59
	Formação humanística	0,73
	Trabalho equipe	0,65
	Abordagem integral	0,76
	Compromisso sociedade	0,69
	Compromisso instituições	0,62
	Administração e gerenciamento	0,60

O item “trabalho em equipe” no cenário “laboratório” apresenta comunalidade de 0,46, o que numa perspectiva conservadora indicaria sua exclusão. No entanto, o item será mantido, pois além do valor (0,46) ser ligeiramente inferior ao mínimo recomendado (0,5), observa-se que em todos os demais cenários o item “trabalho em equipe” apresenta comunalidades satisfatórias.

Assim, atesta-se que análise fatorial da nova versão do QHC foi satisfatória, comprovando a validade de constructo do instrumento. Apenas um item (comunicação escrita) apresentou carga fatorial abaixo do recomendado. No entanto, o instrumento final se mantém com 20 itens e 9 cenários.

5.4 Análise de confiabilidade

O valor do alfa de Cronbach para a nova versão do QHC foi calculado considerando a escala total (20 itens), em cada cenário. Tais valores estão expostos na tabela a seguir:

Tabela 10 – Valores de alfa de Cronbach para cada cenário do instrumento QHC. Fortaleza, 2015.

Cenários	Alfa de Cronbach
Atividades teóricas	0,875
Laboratórios	0,889
Grupos de pesquisa	0,872
Grupos de discussão	0,905
Enfermarias	0,848
Ambulatórios	0,830
Emergências	0,796
UAP*	0,887
Grupos tutoriais	0,921

*UAP= Unidades de Atenção Primária.

O menor valor do alfa de Cronbach considerando todos os cenários foi de 0,79, o que revela boa consistência interna. Observaram-se ainda que as variações do alfa de Cronbach entre os cenários do instrumento foram pequenas (0,79 a 0,92), indicando sua congruência, e, conseqüentemente, confirmando que o emprego de um escore geral para os 20 itens nos 9 cenários é confiável.

O valor de alfa de Cronbach para a escala total foi de 0,86. Quanto mais próximo de um for o valor do coeficiente em questão, maior será a congruência entre os itens de um

instrumento. Se os itens de uma escala são todos idênticos, a correlação é perfeita, e $\alpha = 1$. Por outro lado, se os itens são todos independentes, $\alpha = 0$ (MATTHIENSEN, 2011).

Ao final da análise dos resultados, verifica-se que a versão final do QHC é um instrumento válido e confiável, com comprovada análise estatística rigorosa.

6 DISCUSSÃO

6.1 Adaptação do instrumento Curricular Skills Questionnaire (CSQ) para o Brasil

A adaptação do CSQ para o contexto brasileiro foi conduzida obedecendo o rigor metodológico. A pesquisa parte do instrumento já traduzido para o português (QHC) e conclui sua adaptação as Diretrizes Curriculares Nacionais com êxito. O exaustivo, porém necessário levantamento bibliográfico, e a submissão do instrumento a análise de suas propriedades psicométricas foram realizados visando à obtenção de um instrumento adaptado ao novo contexto cultural com a maior qualidade possível.

Cassep-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010) enfatizam que o processo de adaptação transcultural de um instrumento de mensuração, quando bem conduzido, pressupõe a redução dos vieses da cultura de onde provém. Ao realizá-lo, pretende-se obter uma versão consistente e equivalente à original, permitindo presumir que outras propriedades do instrumento na cultura-alvo, tais como validade e confiabilidade, sejam mantidas (BEATON *et al.*, 2007).

A análise das propriedades psicométricas do instrumento após o processo de adaptação é altamente recomendada (BEATON *et al.*, 2007). Apenas a comprovação de que suas propriedades psicométricas foram satisfatórias pode garantir que sua aplicação no novo contexto cultural é, de fato, adequada (MOTA, 2013).

A adaptação de instrumentos psicológicos é uma tarefa complexa, que exige planejamento e rigor quanto à manutenção do seu conteúdo e das suas características psicométricas (CASSEPP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010). Os termos “adaptação” e “tradução” são distintos, e tem-se preferido o uso do primeiro, uma vez que compreende todos os processos concernentes à adequação cultural do instrumento, para além da mera tradução (HAMBLETON, 2005).

O processo de adaptação de um instrumento já existente, em detrimento da elaboração de um novo instrumento, específico para a população-alvo, possui vantagens consideráveis. Ao adaptar um instrumento, o pesquisador é capaz de comparar dados obtidos em diferentes amostras, de diferentes contextos, permitindo uma maior equidade na avaliação, uma vez que se trata de uma mesma medida, que avalia o construto a partir de uma mesma perspectiva teórica e metodológica (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Segundo Hambleton (2005), é esperado que haja um aumento cada vez maior no número de instrumentos adaptados, frente aos promissores intercâmbios internacionais de investigação científica e ao interesse constante em pesquisas interculturais.

Existem diferentes metodologias para a adaptação de um instrumento. De modo geral, a literatura aponta que a adaptação de um instrumento deve ser constituída por cinco etapas essenciais: (1) tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo, (2) realização da síntese das versões traduzidas, (3) análise da versão sintetizada por juízes *experts*, (4) tradução reversa para o idioma de origem (*back translation*), e (5) estudo-piloto (HAMBLETON, 2005; BEATON *et al*, 2007).

No entanto, ao analisar todas as etapas desse processo e vivenciar a experiência metodológica de adaptar um instrumento a outro contexto cultural, percebe-se que não estão incluídos nesse processo, a avaliação conceitual dos itens pela população-alvo. Aspecto esse, considerado importante na adequação da nova versão de um instrumento por alguns autores (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Na busca por literaturas mais recentes a cerca de métodos de adaptação percebe-se que já existem pesquisadores desenvolvendo novos processos metodológicos que incluem em suas etapas uma “validação” do instrumento também pela população - alvo (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Na aplicação da nova versão do QHC, os alunos avaliaram o instrumento apenas com relação a sua compreensão, obedecendo à metodologia escolhida para esse estudo. No caso específico, foi considerado a diversidade curricular, portanto a pertinência para um conjunto de alunos poderia ser diferente de outro. Assim, não houve nenhuma indagação sobre quais itens eles julgavam pertinentes. Porém, corrobora-se com alguns pesquisadores em defender a importância dessa avaliação pela população-alvo, e espera-se que mais estudos se proponham a desenvolver metodologias ainda mais precisas que englobem esse aspecto, com o objetivo de elaborar um instrumento ainda mais próximo do contexto cultural ao qual se destina.

6.2 Caracterização da amostra em estudo

Nesse tópico, serão discutidos os principais achados referentes ao perfil dos alunos que compuseram a amostra desse estudo, bem como a avaliação desses alunos quanto a compreensão do instrumento.

Algo pertinente a se discutir na análise da amostra foi a não equivalência entre o número de alunos por curso. Acredita-se que essa diferença numérica entre os três cursos deve-se, em parte, ao número de vagas que são ofertadas por curso para o egresso de novos alunos, e também, porém de forma menos significativa, a evasão de alunos. Há cursos em que

o percentual de evasão é maior. Desse modo, tomando como exemplo o curso de Medicina, é certo pensar que: se temos um maior número de alunos do curso de Medicina, espera-se que um maior número de alunos de Medicina responda a pesquisa.

A UFC possui 5 faculdades, 103 cursos de graduação e 20.958 alunos, de acordo com os dados referentes ao ano de 2014. Anualmente o curso de Medicina oferece 160 vagas, o curso de Enfermagem oferece 80 vagas, e o de Odontologia 80 vagas. Apesar dos cursos de Enfermagem e Odontologia possuírem o mesmo número de vagas ofertadas, as turmas da odontologia são significativamente menores, devido a maior evasão observada no curso (UFC, 2015).

Não cabe aqui discutirmos os motivos de maior evasão ou a diferença na oferta de vagas. Apenas pretende-se justificar os fatos que levaram a amostra dessa pesquisa a apresentar distribuição desigual de alunos por curso.

Ressalta-se a dificuldade encontrada nesse trabalho ao realizar coleta de dados por meio eletrônico. Poucos alunos responderam a pesquisa em contraste ao número de alunos que foram convidados a participar. A coleta se dá de forma lenta, foi obtida uma média de 1,5 respostas por dia. Acrescenta-se o período em que a universidade suspendeu suas aulas por motivo de greve dos docentes, período que se alongou por mais de 60 dias, afastando do campus e das atividades discentes um número considerável de alunos alvos da pesquisa.

Outro impasse foi observado ao utilizar o Google Drive, esse recurso tem um limite de 30 e-mails por dia para envio do questionário. Tal fato tornou a coleta ainda mais demorada para contemplar um total de 419 e-mail a serem enviados.

As visitas aos cursos foram necessárias para sensibilizar os alunos e acelerar o processo de coleta. Essas visitas influenciaram também na diferença de alunos por curso, pois apesar do curso de Medicina possuir um número superior de alunos, predominou na amostra os alunos do curso de Enfermagem, pois esse foi o curso mais visitado e conscientizado sobre a importância da participação dos mesmos nessa pesquisa.

Com relação ao grau de compreensão do questionário pelos alunos, verificou-se que o item "responsabilidade pelo próprio aprendizado" (item 2) foi o menos compreendido. A hipótese é que os alunos desconhecem o "aprender a aprender" e, portanto, não compreendem a responsabilidade pelo próprio aprendizado como uma habilidade a ser desenvolvida. Boruchovitch (2007) salienta que a grande contribuição da Psicologia cognitiva é a convicção de que o aluno pode ter a consciência de que aprender a aprender é um projeto pedagógico difícil, mas factível.

Segundo Souza, Iglesias e Pazin-Filho (2014) umas das principais inovações nos métodos educacionais foram a migração do “ensinar” para o “aprender” e o desvio do foco do docente para o aluno, que assume co-responsabilidade pelo aprendizado. Entende-se como “aprender”, o processo de acrescentar algo novo aos conhecimentos já adquiridos (CIOLA, 2011).

De acordo com Ciola (2011) o aluno deve ser conscientizado sobre o seu papel no processo de aprendizagem. Não se pode ter um professor como mediador do aprendizado se os alunos não querem ser o sujeito do mesmo.

Para que o aluno alcance sucesso em seus estudos é necessário que além de motivado, ele tenha um posicionamento em relação à aprendizagem. Aprender é um processo ativo, no qual o aprendiz tem sua parcela de responsabilidade. O papel do professor não é mais de detentor do saber, e sim um mediador e facilitador. Ele deve trabalhar com estratégias de aprendizagem que auxiliam o aluno a assumir uma autonomia sobre seu aprendizado (CIOLA, 2011).

As novas propostas educacionais privilegiam as metodologias ativas, participativas e problematizadoras, que valorizam o aprendizado integrado e em cenários diversos, incluindo os cenários em que os alunos mantem contato direto com a comunidade (SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014).

Dentro das metodologias problematizadoras, a problematização e a aprendizagem baseada em problemas (ABP) são duas propostas distintas que trabalham intencionalmente com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensinar e aprender (CYRINO; TORALLES –PEREIRA, 2004).

A educação problematizadora trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas. Apoiada nos processos de aprendizagem por descoberta, em oposição aos de recepção (em que os conteúdos são oferecidos ao aluno em sua forma final), os conteúdos de ensino não são oferecidos aos alunos em sua forma acabada, mas na forma de problemas, cujas relações devem ser descobertas e construídas pelo aluno, que precisa reorganizar o material, adaptando-o à sua estrutura cognitiva prévia, para descobrir relações, leis ou conceitos que precisará assimilar (MADRUGADA, 1996).

A ABP é uma proposta de reestruturação curricular que objetiva a integração de disciplinas tendo em vista a prática. Para isso, organiza-se um elenco de situações que o aluno deverá saber/dominar, considerando o tipo de organização curricular. Este elenco é analisado situação por situação para que se determine que conhecimentos o aluno deverá possuir para cada uma delas. São os denominados temas de estudo. Cada um destes temas de estudo será

transformado em um problema para ser discutido em um grupo tutorial (CYRINO; TORALLES –PEREIRA, 2004).

Assim, um problema é apresentado a um grupo de alunos por um professor tutor. Este problema, discutido em grupo, deve incentivar o levantamento de hipóteses para explicá-lo. A partir daí, objetivos serão traçados para melhor estudá-lo; pesquisas e estudos serão propostos e nova discussão em grupo será feita para síntese e aplicação do novo conhecimento (CYRINO; TORALLES –PEREIRA, 2004). Essa metodologia tem contribuído com a valorização do “aprender a aprender”, com o desenvolvimento da autonomia individual e das habilidades de comunicação (SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014).

Segundo Mello, Alves e Lemos (2014) as metodologias ativas constituem um meio para que os estudantes dos cursos da área da saúde adquiram conhecimentos de forma significativa. Tais processos se configuram como estratégias para melhorar a qualidade da Educação em Saúde e, indiretamente, melhorar a assistência em saúde à população. Marin et al (2010) consideram que o uso das metodologias ativas contribui para a construção de uma lógica de cuidado mais ampliado e integral, o que representa um avanço requerido na formação de profissionais de saúde para o SUS.

Entretanto, apenas a aplicação de novas estratégias de ensino não garante que o estudante realmente aprenderá o novo conteúdo. Para que isso aconteça são necessárias duas condições: disposição para aprender e que o conteúdo abordado seja interessante e significativo. Assim, quando um sujeito adquire, incorpora e, ao mesmo tempo, transforma um novo conhecimento, além de adquirir habilidades e competências antes não existentes, há o processo de aprendizagem significativa, no qual o estudante armazena o novo conteúdo e ainda, produz novos significados relacionados e permite a construção de atitudes profissionais desejáveis (MELLO; ALVES; LEMOS, 2014).

No que concerne ao item 11 (habilidade para dar e receber feedback) o aluno deve dar retorno ao professor sobre o conhecimento adquirido, e receber nas suas atividades em prática ou atividades avaliativas um retorno do seu esforço ao empregar o que foi aprendido.

Essa relação de dar e receber entre aluno e professor, ou entre aluno e comunidade ainda não é uma prática habitual. Isso porque, em muitas Universidades o ensino é predominantemente tradicional. Entre os docentes universitários há a predominância na exposição do conteúdo, em aulas expositivas, ou palestras, uma estratégia funcional para a passagem de informação de uma forma verticalizada. Não havendo uma relação horizontal entre aluno e professor (SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014).

De acordo com Pereira (2007) essa estratégia tradicional de ensino pode resultar num profissional de saúde com uma visão simplificada e com atuação focalizada no corpo e no órgão afetado do paciente, sem discutir a causa, nem integrar equipes, muito menos humanizar atendimento.

Os grupos de discussão é um exemplo de metodologia ativa onde o professor se coloca no mesmo nível de importância em relação aos alunos, se colocando no papel de animador da discussão, numa relação de diálogo. Com essa estratégia de ensino se dá a verdadeira comunicação, os atores envolvidos são ativos e iguais, e a comunicação gera conhecimento para todos (FREIRE, 1974).

Ao propor a educação de adultos como prática de liberdade, defende-se que a educação não deva ser uma prática de depósito de conteúdos apoiada numa concepção de homens como seres vazios e argumenta-se em favor da problematização dos homens em suas relações com o mundo, fundamentado no diálogo e num aprendizado mediante processo emancipatório (PEREIRA, 2007).

Com relação a habilidade “ter consciência das próprias fraquezas e limitação” (item 12), esta relaciona-se com a capacidade do aluno em auto-avaliar-se e perceber em que área o seu conhecimento apresenta maior déficit. Ter essa consciência durante a graduação é o primeiro passo para que o aluno procure potencializar seus estudos e sua prática em suas fraquezas e, assim, buscar suprir estes déficits. Acredita-se que a incapacidades de alguns alunos em compreender tal item deve-se ao fato deles simplesmente não o fazê-lo. Não há uma auto-avaliação e, portanto, não há uma identificação de fragilidades do aprendizado.

Para que o aluno tenha uma avaliação e auto-avaliação eficaz, é necessário que esteja consciente do que é exigido em cada etapa do processo formador e dos instrumentos capazes de avaliar estes aspectos (FONTES, LEADERAL, FERREIRA, 2010).

Segundo Souza, Iglesias e Pazin-Filho (2014), as atividades em laboratório provê as necessidades de prática de habilidades, identificando as fraquezas do aluno em momentos de interação com o docente, e oportuniza repetições para a melhoria da prática individual do aluno. Essa estratégia busca reduzir a pressão sobre o aluno, que pode praticar sem interferência.

6.3 Análise das propriedades psicométricas

6.2.2 Validação de conteúdo

Nessa pesquisa o currículo Lattes foi um recurso facilitador na escolha dos especialistas que compuseram o comitê de juízes. Sua análise inicial permitiu que o pesquisador submetesse o currículo de cada especialista aos critérios de Barbosa (2008).

O Currículo Lattes se tornou um padrão nacional no registro da vida pregressa e atual dos estudantes e pesquisadores do país, e é hoje adotado pela maioria das instituições de fomento, universidades e institutos de pesquisa do País. Por sua riqueza de informações e sua crescente confiabilidade e abrangência, se tornou elemento indispensável e compulsório à análise de mérito e competência dos pleitos de financiamentos na área de ciência e tecnologia.

Com relação ao número de especialista participando do comitê de juízes, Lynn (1986) recomenda um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas. No entanto para essa decisão, deve-se levar em conta as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários (GRANT; DAVIS, 1997).

Um número ímpar de especialistas no comitê é comumente sugerido para evitar o empate de opiniões, facilitando a tomada de decisões (LÓPEZ, 2004). No entanto, há controvérsias na literatura com relação a essa questão (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995). O número par de especialistas presentes nesse estudo não comprometeu a análise da validade de conteúdo do QHC.

No que diz respeito a qualificação dos especialistas para participar do comitê, a literatura, de modo geral, recomenda ter experiência clínica; publicar e pesquisar sobre o tema; ser perito na estrutura conceitual envolvida e ter conhecimento metodológico sobre a construção de questionários e escalas. Indica-se também a inclusão de pessoas leigas potencialmente relacionadas com a população do estudo. A inclusão de pessoas leigas asseguraria a correção de frases e termos que não estão muito claros (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Nessa pesquisa não foram incluídas pessoas leigas no comitê de juízes, pois acredita-se que para uma melhor precisão na avaliação do instrumento necessita-se de um comitê homogêneo no âmbito do conhecimento intelectual.

A validade de conteúdo é fundamental no processo de desenvolvimento e adaptação de instrumento de medidas. No entanto, apresenta limitações por ser um processo subjetivo. Dessa forma, sua utilização não elimina a necessidade de aplicação de outras medidas psicométricas adicionais (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A avaliação da validade de conteúdo pelo método do IVC torna a subjetividade dessa análise um pouco mais objetiva, por se tratar de um método quantitativo. No método em

questão avalia-se numericamente a concordância de cada juiz quanto a cada um dos itens do instrumento.

Com relação à exclusão do item “avaliação por pares” nessa etapa de validação, percebe-se um consenso entre os juízes em julgarem o item uma habilidade culturalmente sem importância em nosso contexto. Não é costume em nosso país esse tipo de avaliação, e portanto, não há necessidade de estímulo ao desenvolvimento dessa habilidade. Ademais, avaliação por pares não é uma habilidade exigida nas competências gerais das DCN.

Avaliação por pares ou coavaliação é um tipo de avaliação formativa, em que um grupo de alunos atribui notas aos colegas de uma mesma sala (ALVES; FELICE, 2012). Segundo Perrenoud (1999), avaliação formativa é toda prática de avaliação contínua que pretende contribuir para melhorar as aprendizagens em curso, para garantir a regulação das aprendizagens.

Foi realizado um levantamento bibliográfico sobre processo de avaliação por pares, e observou-se que poucos são os materiais teóricos disponíveis que discutem sobre o assunto no meio acadêmico.

O estudo de Alves e Felice (2012) trata da aplicação da avaliação por pares no ensino médio e superior, e destaca os pontos negativos desse método. Segundo os autores, de maneira geral, os alunos se sentem desconfortáveis para avaliar o colega, mesmo a avaliação fazendo parte do cotidiano, e informam ter dificuldade para executar a atividade. Além disso, alguns se sentem despreparados para avaliar e estipular uma nota. Outros afirmam ser injustiçados quando avaliados por um colega, sabemos que para a atribuição de nota devemos ser imparciais, não levando em consideração questões pessoais, porém, a coavaliação parece gerar esse receio entre os alunos.

Poucas contribuições no emprego desse método foram mencionadas nesse estudo, dentre elas encontram-se: a melhoria no desempenho do aluno, o auxílio grupal na percepção de erros e o estímulo a procura de mudanças, e a experiência do aluno ao exercer função de avaliador (ALVES; FELICE, 2012).

6.2.3 Validação de constructo

Nessa etapa de validação, com exceção do item “comunicação escrita” (item 6), todos os itens apresentaram carga fatorial satisfatória em pelo menos um cenário, o que nos permite afirmar que a nova versão do QHC foi comprovadamente válida com relação a análise de constructo.

Em termos gerais, a validade se refere ao grau em que um instrumento realmente mede a variável que pretende medir. Um constructo, ou uma construção, é uma variável ou um conjunto de variáveis, isto é, uma definição operacional robusta que busca representar o verdadeiro significado teórico de um conceito (MARTINS, 2006).

Um dos métodos recomendados pela literatura para a validação de constructo é a análise fatorial. Esse método não se refere a uma única técnica estatística, mas a uma variedade de técnicas relacionadas desenhadas para tornar os dados observados mais facilmente interpretáveis (ZELLER; CARMINES, 1980).

A análise fatorial oferece uma alternativa que agrega mais informações a validação de constructo, no entanto, tende a exigir do pesquisador um maior grau de sofisticação técnica. Segundo Figueredo Filho e Silva Junior (2010) existe uma tímida utilização dessa técnica nas Ciências Sociais brasileiras, principalmente, devido ao grau de complexidade matemática envolvido na operacionalização das diferentes técnicas de execução desse método.

Na análise fatorial todas as variáveis contribuem com uma determinada carga na formação de um fator que as representam. Lembrando que um fator é uma combinação linear das variáveis (HAIR *et al*, 2005). Se uma variável apresentar uma carga fatorial inferior a 0,4 significa dizer que aquela variável não contribui na construção do fator e, portanto, é uma variável independente, devendo ser excluída (HAIR *et al*, 2006).

A habilidade de “comunicação escrita” (item 6), apresentou em todos os cenários carga fatorial inferior a 0,4, o que a torna uma variável independente com relação aos demais itens na medição do constructo. Como já foi mencionado, o item foi mantido no instrumento. A seguir tenta-se justificar com a ajuda da literatura, a importância dessa habilidade e a necessidade da sua permanência na nova versão do QHC.

Geralmente, o que ocorre nas instituições de ensino é o trabalho com a escrita em forma de atividade para casa ou testes de avaliação. Os alunos pouco desenvolvem a escrita pessoal, ou seja, aquela escrita desenvolvida por prazer, pelo gosto de falar sobre determinado assunto e de marcar voz na sociedade. Se encararmos essa atividade somente como forma de avaliação e não como momento de desenvolvimento e de contato com a língua, a linguagem estará apenas sendo testada, mas não desenvolvida (ZANUTTO; OLIVEIRA, 2015).

Na realidade, para a maioria dos alunos, a redação pode representar qualquer outro aspecto, menos uma situação comunicativa, porque acredita que seu texto não passa de um cumprimento de tarefa para qual foi designado e, mais intrigante ainda, para qual não se sente preparado (ZANUTTO; OLIVEIRA, 2015).

No setor saúde a habilidade de um profissional saber se comunicar através da escrita é indispensável ao desenvolvimento do trabalho em uma equipe multiprofissional. Segundo Toralles-Pereira *et al.*, (2004), a qualidade do serviço prestado ao usuário de saúde não é determinada somente por equipamentos materiais e aplicação dos conhecimentos técnico-científicos. A qualidade do serviço também está intimamente ligada às relações estabelecidas entre os profissionais da equipe de saúde, e entre a equipe e o usuário, derivadas das “éticas interativas e comunicacionais”.

Foi pertinente na análise dos dados o número de alunos que julgaram a comunicação escrita uma habilidade pouco incentivada pelas instituições de ensino, principalmente nos cenários que representam estágios e internatos: atividades em enfermarias; atividades em emergências; atividades em UAP.

É preocupante saber que a comunicação na prática profissional está sendo pouco estimulada, principalmente devido às repercussões que tal omissão pode vir a causar. Os registros profissionais, geralmente realizados nos prontuários, garantem a comunicação entre a equipe, respaldo legal sobre suas ações, segurança na realização de procedimentos, evitando erros ou omissões de informações que possam comprometer a segurança do paciente (FRANÇOLIN, 2012).

Alguns autores relatam as ocorrências de erros profissionais na assistência a um paciente em decorrência de uma comunicação falha por falta de registros, os mais graves estão relacionados a erros de medicação (SILVA et al 2007; COSTA, BARROS, SANTOS; 2013). A falha na comunicação escrita é principalmente atribuída a rasuras nas anotações, letra ilegível e informações ausentes ou incompletas (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

A partir dessa concepção, há decididamente uma necessidade de mudança de postura, sobretudo por parte do professor, em relação ao ensino de produção escrita. O objetivo desse ensino é desenvolver a competência discursiva do aluno, oferecendo-lhe a oportunidade de usar a linguagem nas mais diversas situações e contextos, de modo a torná-lo um leitor competente, um conhecedor dos mecanismos gramaticais e lingüísticos e um autor de textos (ZANUTTO; OLIVEIRA, 2015), além de evitar possíveis eventos adversos decorrentes da falta de comunicação.

Diante disso, tornou-se inviável a exclusão do item “Comunicação escrita” do instrumento. Percebe-se a necessidade de estímulo a essa habilidade, e espera-se que ao aplicarem o QHC as Instituições de Ensino Superior atentem para essa fragilidade em seus currículos e promovam mudanças.

6.2.4 Confiabilidade

A avaliação da confiabilidade da nova versão do QHC foi realizada considerando todos os itens em cada um dos nove cenários. A confiabilidade foi avaliada pela análise da consistência interna e atestou que a nova versão do QHC é confiável para usos futuros por outros pesquisadores. O cenário “Grupos tutoriais” apresentou maior valor de alfa de Cronbach (0,92), ou seja, maior consistência interna.

A confiabilidade de um instrumento é sua coerência, determinada através da constância dos resultados. Em outras palavras, a confiabilidade de uma medida é a confiança que ela inspira. Seu valor é obtido comparando resultados em situações semelhantes e sucessivas (MARTINS, 2006).

Cozby (2003) explica que a confiabilidade se refere ao grau em que sua repetida aplicação, ao mesmo sujeito ou objetos, produz resultados iguais. Por exemplo, ao se medir de forma constante a temperatura de uma sala climatizada, o termômetro que apresentar resultados diferentes em cada medição deve ser considerado não confiável, pois, sabemos que nessas condições, não há motivo para mudanças de temperatura. Se ocorrerem resultados alterados o instrumento de medida não terá a característica de fidedignidade e seus resultados não serão confiáveis.

De maneira ampla, uma medida fidedigna é consistente e precisa porque fornece uma medida estável da variável (MARTINS, 2006). A literatura aborda os dois termos (confiabilidade e fidedignidade) como sinônimos.

O cenário “Grupos Tutoriais” apresentou maior constância dos seus resultados, isso porque a maioria dos alunos atribuíram aos Grupos tutoriais a pontuação “não se aplica” da escala de *Likert* repetitivamente em todos os 20 itens do instrumento. Daí o maior valor de alfa de Cronbach.

Os grupos tutoriais constituem uma metodologia ativa em que os estudantes são divididos em pequenos grupos (8 a 10 participantes por grupo), sob a orientação de um tutor, para a resolução de uma problematização (ABP). Quando realizada de forma consistente, representa um importante eixo no desenvolvimento curricular, constituindo-se numa mola propulsora do processo de ensino/aprendizagem (TSUJI; SILVA, 2004).

A função do tutor é facilitar o funcionamento do grupo e garantir que o grupo atinja os objetivos de aprendizado de acordo com o que foi definido no currículo. Pode ser necessário que o tutor tenha papel mais ativo, certificando-se de que o grupo faça a análise adequada do problema. As intervenções do tutor devem limitar-se ao mínimo necessário, para

evitar-se que ele assuma o papel do coordenador ou dite a direção da resolução do problema (TOLEDO JUNIOR *et al*, 2008).

Segundo Komatsu e Lima (2003) o processo tutorial na aprendizagem baseada em problemas se dá em sete etapas: apresentação do problema (leitura pelo grupo); esclarecimento de alguns termos pouco conhecidos e de dúvidas sobre o problema; definição e resumo do problema, com identificação de áreas/pontos relevantes; análise do problema utilizando os conhecimentos prévios (chuva de idéias – *brain-storm*); desenvolvimento de hipóteses para explicar o problema e identificação de lacunas de conhecimento; definição dos objetivos de aprendizagem e identificação dos recursos de aprendizagem apropriados; busca de informação e estudo individual; compartilhamento da informação obtida e aplicação na compreensão do problema; avaliação do trabalho do grupo e dos seus membros.

A literatura aponta algumas dificuldades para a implementação do processo tutorial, essas estão relacionadas principalmente a falta de entendimento do modelo de aprendizagem adotado em suas nove etapas, e a insegurança de alguns tutores ao aplicar o método (TSUJI; SILVA, 2004).

Quando realizados de forma consistente os grupos de aprendizagem, além de facilitar o processo de aquisição de conhecimentos, contribuem de maneira significativa para o desenvolvimento de outros atributos na formação do aluno, entre eles: habilidades de comunicação, trabalho em equipe, solução de problemas, respeito aos colegas e desenvolvimento de postura crítica (TOLEDO JUNIOR *et al*, 2008).

O desenvolvimento dessas habilidades e domínio de conhecimento de situações práticas traria ao futuro profissional mais capacidade de lidar com os problemas que estes, possivelmente, encontrarão no trabalho (TOLEDO JUNIOR *et al*, 2008).

Na realidade, dos cursos participantes do estudo, a ABP e a formação de grupos tutoriais são metodologias ativas restritas ao curso de Medicina. Observou-se na análise descritiva do QHC (APÊNDICE G) que a atividade em grupos tutoriais não se aplica a cerca de 38% dos alunos em estudo, todos pertencentes aos cursos de Enfermagem ou Odontologia.

Diante dos benefícios alcançados com a implementação dessa metodologia observados em vários estudos (TOLEDO JUNIOR, 2008; TSUJI; SILVA, 2004; SOUZA, IGLESIAS, PAZIN-FILHO, 2014) e conhecendo o seu uso restrito a Medicina, estimula-se nessa pesquisa que os demais cursos de formação superior, incluindo não somente, os cursos da área da saúde, mas também os cursos de outras áreas das ciências, incorporarem essa metodologia em seus currículos e propuserem mudanças no seu processo de ensino-aprendizagem.

7 CONCLUSÃO

Obteve-se ao final desse estudo, a conclusão do processo de adaptação do Questionário de Habilidades Curriculares as Diretrizes Curriculares Nacionais com êxito. Tal processo de adaptação foi realizado obedecendo a alto rigor metodológico. O resultado de todo esse processo foi à elaboração de um instrumento comprovadamente qualificado para uso no novo contexto cultural ao qual se destina.

Os principais achados da etapa de validação de conteúdo foram: o instrumento passa a ser composto por 20 habilidades e 9 cenários; não foram acrescentados novos itens, e apenas um item (avaliação por pares) e um cenário (seminários) foram descartados, por apresentarem IVC inferior a 0,8; acrescentou-se a opção “não se aplica = NA” a escala de Likert; alterou-se o nome do cenário “Atividades de pesquisa” para “Grupos de pesquisa”.

O valor do IVC total, resultante do cálculo das médias das três equações (SVI Ave, SCVI/UA, I-CVI), foi de 0,86, considerando o instrumento como um todo, adequado. Desse modo, constatou-se que a nova versão do QHC é válida com relação à análise de seu conteúdo.

O instrumento após validação pelos juizes foi aplicado a uma amostra de 100 alunos, dos quais 41% pertencem ao curso de Enfermagem, 38% ao curso de Medicina e 21% ao curso de Odontologia. Dentre os semestres, envolvendo os três cursos, os alunos do nono (36%) foram os mais presentes na pesquisa.

Com relação ao nível de compreensão dos itens pelos alunos verificou-se que o item dois, referente à habilidade de ter responsabilidade pelo próprio aprendizado, foi o menos compreendido, seguido dos itens 9, 11 e 12, que representam as habilidades de lidar com incertezas, dar e receber feedback e ter consciência das próprias fraquezas e limitações, respectivamente.

Na etapa de validação de constructo, com exceção do item comunicação escrita (item 6), todos os itens apresentaram carga fatorial satisfatória em pelo menos um cenário. Os itens Compromisso com a sociedade (item 17) e o item habilidade para lidar com erros (item 10) apresentaram cargas fatoriais satisfatórias em quase todos os cenários. Ao final desse processo, atesta-se que análise fatorial da nova versão do QHC foi satisfatória, comprovando a validade de constructo do instrumento.

Na avaliação da confiabilidade pelo coeficiente do alfa de Cronbach constatou-se uma congruência entre os itens, confirmando que o emprego de um escore geral para os 20 itens nos 9 cenários é confiável. O valor de alfa de Cronbach para a escala total foi de 0,86,

revelando uma elevada consistência interna. O cenário “Grupos tutorias” destacou-se entre os demais por apresentar maior valor de alfa de Cronbach (0,92), ou seja, maior consistência interna.

O cenário “Grupos tutorias” é apontado na literatura como a metodologia que mais contribui no processo de aprendizagem e para o desenvolvimento de habilidades. Conhecendo o seu uso restrito a Medicina, estimula-se nessa pesquisa que os demais cursos de formação superior, incluindo não somente, os cursos da área da saúde, mas também os cursos de outras áreas das ciências, a incorporarem essa metodologia em seus currículos e proporem mudanças no seu processo de ensino- aprendizagem.

Por fim, concluiu-se que o instrumento de avaliação do grau de incentivo ao desenvolvimento de habilidades acadêmicas pelas Instituições de Ensino Superior, intitulado Questionário de Habilidades Curriculares, após tradução e adaptação para o Brasil, manteve suas propriedades psicométricas adequadas. Portanto, indica-se sua utilização em avaliações futuras, no âmbito das Universidades e em populações similares, para a identificação de fragilidades e potencialidades nas metodologias de ensino utilizadas por essas Instituições.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A.C.; RIBEIRO, E.C.O. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 34, n. 3, p.371-378, jul./set. 2010.
- AGUIAR, Z.N. **SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n.7, p. 3061-3068, 2011.
- ALVES, A.C.; FELICE, M.I.V. Avaliação formativa: estudo da coavaliação no ensino médio e superior. **Revista Intercâmbio**, v. 25, p.190-201, 2012.
- ANDRÉ, A.M.; CIAMPONE, M.H.T.; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev. Saúde Pública**, v.47, n.1, fev. 2013.
- BARBOSA, R.C.M. **Validação de um vídeo educativo para promoção do apego seguro entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho**. 2008. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2008.
- BATISTA, R.S.; GOMES, A.P.; ALBUQUERQUE, V.S.; CAVALCANTI F DE O.L.; COTTA, R.M.M. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.18, n.1, jan. 2013.
- BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & Quick DASH Outcome Measures**. [S.l.]: American academy of Orthopaedic Surgeon/Institute for Work & Health, 2007. Disponível em: <<http://dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2015.
- BOMFIM, R.A. Competência profissional: uma revisão bibliográfica. **Revista Organização Sistêmica**, v.1, n. 1, jan./jun. 2012.
- BORSA, J.C.; DAMÁSIO, B.F.; BANDEIRA, D.R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia** (Ribeirão Preto), v. 22, n. 53, set./dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais: cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991&Itemid=866>. Acesso em: 08 abr. 2014.
- BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/06/2014&jornal=1&pagina=8&totalArquivos=64>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos RH Saúde. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde PRÓ-SAÚDE. Brasília, DF. 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2014.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v.7, n. 3, 2002.

BORUCHOVITCH, E. Aprender a aprender: propostas de intervenção em estratégias de aprendizagem. **Educação Temática Digital**, 2007.

CAMELO, S.H.H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, jan./fev. 2012.

CAMELO, S.H.H. Políticas de recursos humanos: sistema único de Saúde, bases legais e implicações para a enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p. 589-594, out./dez. 2009.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S.; SILVA, E. M.; MISHIMA, S. M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 8, n.4, p.30-37, 2000.

CARDOSO, I. Aspectos transculturais na adaptação de instrumentos de avaliação psicológica. **Interações**, n.10, p.98-112, 2006.

CASSEPP-BORGES, V.; BALBINOTTI, M. A. A.; TEODORO, M. L. M. Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed. 2010. p. 506-520.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v.9, n.16, p.161-177, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14, n.1, p.41-66, 2004.

CIOLA, A.C.L. Autonomia e estratégias de aprendizado. [S.l.]: Abrapa, 2011. Disponível em: <<http://www.abrapa.org.br/cd/pdfs/Ciola-AnaCarla.pdf>>. Acesso em: 25 dez. 2015.

CORDEIRO, H; ROMANO, V.F.; SANTOS, E.F. DOS S; FERRARI, A.; FERNANDES, E.; PEREIRA, T.R.; PEREIRA, A.T.S. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis**, v.19, n. 3, 2009.

COSTA, R.K. DE S.; MIRANDA, F.A.N. de. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, 2008.

COSTA, T.D. DA.; BARROS, A.G. DE; SANTOS, V.E.P. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de Medicação. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 3, p. 221-229, set./dez. 2013.

COZBY, P.C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo. Atlas. 2003.

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

DELUIZ, N. O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo. **Bol. Técnico Senac.**, v. 27, n.3, 2001. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm>>. Acesso em: 2 out. 2015.

FERNANDES, M. G.M; NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA T.R.; COSTA, K.N. F.M. Análise conceitual: considerações metodológicas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.64, n.6, p.1150-1156, nov./dez. 2011.

FERNANDEZ, N.; DORY, V.; STE-MARIE, L.G.; CHAPUT, M.; CHARLIN, B.; BOUCHER, A. Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence. **Medical Education**, 2012.

FIGUEIREDO FILHO, D.B.; SILVA JÚNIOR, J.A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opin. Publica**, Campinas, v. 16, n.1, jun. 2010.

FLEURY, M.T.L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **RAC – Revista de Administração Contemporânea**, v. 5, Ed. Especial, p. 183-196, 2001.

FRAGELLI, T.B.O.; SHIMIZU, H.E. Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. **Rev. Bras. Eeferm.**, Brasília, jul./ago. 2012.

FRANÇOLIN, L. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 79-83, jan./mar. 2012.

FREIRE P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1974.

FONSECA, A.; OLIVEIRA, M.C. Educação baseada em competências. **Arq. Med.**, Porto, v.27, n.6, 2013.

FONTES, W.D.; LEADERAL, O. D. C. P.; FERREIRA, J. A. Competências para aplicação do processo de enfermagem: auto avaliação de discentes concludentes do curso de graduação. **Rev. RENE**, v.11 n.3 p. 86-94, jul./set .2010.

GONÇALVES, R. B. M. **A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993.

GRANT, J.S.; DAVIS, L.L. Selection and use of content experts for instrument development. **Res. Nurs. Health**, v.20, n.3, p. 269-274, 1997.

HAIR, Jr; BLACK, W. C; BABIN, B. J; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L. **Multivariate Data Analysis**. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2006.

HAIR JUNIOR, J. F.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: ArtMed, 2005.

HAMBLETON, R. K. Issues, designs, and technical guidelines for adapting test into multiple languages and cultures. In: Hambleton, R. K.; MERENDA, P. F.; SPIELBERGER, C. D. **Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment**. London: LEA, 2005.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R. Planning the Measures: Precision and Accuracy. In: HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R. **Designing clinical research: an epidemiological approach**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988.

KALISHMAN, S.; MINES, J.; SERNA, L.; SKIPPER, B.; CRAIG, T.; STEWART, M. Do Teaching and Learning Settings Promote Core Curricular Skills in Multifaceted Curricula? What Do We Know and How Do We Know It? In: ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION, 2001, Seattle, WA.

KASS, R.A.; TINLEY, H.E. A. Factor analysis. **J. Leisure Res.**, v.11, p.120-138, 1979.

KOBAYASHI, R.M.; LEITE, M.M.J. Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n.2, mar./abr. 2010.

KOMATSU, R.S., LIMA, V.V. **Manual Famema 2003**. Marília: Faculdade de medicina de Marília, 2003.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, vol.9, no.17, mar./ago. 2005.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001.

LOPES, R.C.C.; AZEREDO Z. DE A.S.; RODRIGUES, R.M.C. Relational skills: needs experienced by nursing students. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.6, nov./dez. 2012.

LÓPEZ, M. L. **Uso de simulação filmada para avaliar o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente no cuidado ao adulto hospitalizado**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

LUZ, A.; MARTINS, A.P.; DYNEWICZ, A.M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 344-361, maio/ago. 2007.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v.35, n.6, p.382-385, 1986.

MADRUGA, A. Aprendizagem pela descoberta frente à aprendizagem pela recepção: a teoria da aprendizagem verbal significativa. In: COLL, C.; PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A. (Org.). **Desenvolvimento psicológico e educação**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 68-78.

MANCIA, J.R.; CABRAL, L.C.; KOERICH, M.S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 5, set/out. 2004.

MARIN, M.J. S.; LIMA, E. F.G.; PAVIOTTI, A.B.; MATSUYAMA, D.T; SILVA, L. K.D. DA; GONZALEZ, C.; DRUZIAN, S.; ILIAS, M. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v.34, n.1, p. 13-20, jan./mar. 2010.

MARTINS, G.A. Sobre confiabilidade e validade. **RBGN**, São Paulo, v. 8, n. 20, jan./abr. 2006.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, v.4, n.1, p.65-90, 2006.

MATTHIENSEN, A. **Uso do Coeficiente Alfa de Cronbach em Avaliações por Questionários**. Boa Vista: Embrapa Roraima, 2011. Disponível em: <<http://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/68073/1/DOC-48-2011-ID-112.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2015.

MOTA, F.R.N. **Adaptação transcultural e validação do *caregiver reaction assessment* para uso no brasil**: aplicação em cuidadores informais de idosos dependentes. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.4, out./dez. 2010.

NEVES, F. B. S.; BENITO, G. A.V. Refletindo sobre avaliação de desempenho do enfermeiro no contexto do Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 459-463, 2004.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Certificação de Competências Profissionais**: Análise Qualitativa do Trabalho, Avaliação e Certificação de Competências: referenciais metodológicos. Brasília, 2002.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUDA. **Estratégias para desarrollar las competencias para la salud pública em la fuerza de trabajo**: baseado em políticas actuales y em evidencias. Washington, DC, 2007.

PAIM, J.S. **Recursos humanos em Saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PALLANT, J. **SPSS Survival Manual**. Open University Press, 2007.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 25, n. 5, p. 206-223, 1998.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/ IBAPP, 1999.

PAULA, M.; PERES, A.M.; BERNARDINO, E.; EDUARDO, E.A.; MACAGI, S.T.S. Processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Rev. Rene**, v. 14, n. 4, 2013.

PEIXOTO, L.S.; GONÇALVES, L. C.; COSTA, T. C.; TAVARES, C. M. M.; DANTAS, A.C.C.; ANTUNES, C.E. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Rev. Eletr. Enferm. Global**, jan. 2013.

PEREIRA, S.E. Contribuições para um planejamento educacional em ciências da saúde com estratégias inovadoras de ensino-aprendizagem. **Ciências Saúde**, v.18, n.3, p.33-44, 2007.

PERRENOUD, P. **Avaliação**: da excelência à regulação das aprendizagens – entre duas lógicas. Trad. Patrícia C. Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res. Nurs. Health**, v. 29, p. 489-497, 2006.

QUEIJO, F.A. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva**: Nursing Activities Score (N.A.S). 2002. 85f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

RIBEIRO, S. G. **Tradução, adaptação e validação do *The Mother Generated Index* para uso no Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

RODRIGUEZ, E.O.L.; TREVIZAN, M.A.; SHINYASHIKI, G.T. Reflexões conceituais sobre comprometimento organizacional e profissional no setor saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.3, maio/jun. 2008.

SANTOS, W.S. dos. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v.35, n.1, jan./mar. 2011.

SAUPE, R.; BENITO, G.A.V.; WENDHAUSEN, A.L.P.; CUTOLO, L.R.A. Conceito de Competência: validação por profissionais de saúde. **Saúde Rev.**, Piracicaba, v.8, n.18, p.31-37, 2006.

SCHAWB, A. J. **Electronic Classroom**. Disponível em: <<http://www.utexas.edu/ssw/eclassroom/schwab.html>> Acesso em: 22 dez. 2015.

SENNA, M. de C. M.; Cohen, M.M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.523-535, 2002.

SILVA, J.M. da; CALDEIRA, A.P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p.1187-1193, jun. 2010.

SOUZA, C.; CARVALHO, I.M.M. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. **Lua Nova**, p.187-212, 1999.

SOUZA, C. S.; IGLESIAS, A.G.; PAZIN-FILHO, A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais – aspectos gerais. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v.47, n.3, p.284-292, 2014.

TABACHNICK, B.; FIDELL, L. **Using multivariate analysis**. [S.l.]: Allyn & Bacon, 2007.

TOLEDO JÚNIOR, A. C. C.; IBIAPINA, C. C.; LOPES, S.C.F.; RODRIGUES, A.C.P.; SOARES, S. M. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v.18, n.2, 2008.

TORALLES-PEREIRA, M.L. Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.19-20, out. 2004.

TSUJI, H.; AGUILAR-SILVA, R.H. Reflexões sobre o processo tutorial na aprendizagem baseada em problemas. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 48, n. 4, ago. 2004.

VICTOR, J. F. **Tradução e validação da *Exercise Benefits/Barriers Scale***: aplicação em idosos. 2007. 139 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

WALKER, L.O.; AVANT, K.C. **Strategies for theory construction in nursing**. 5th ed. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall. 2011.

WITT, R.R.; ALMEIDA, M.C.P.; ARAÚJO, V. Competências da enfermeira na rede básica: referencial para atenção à saúde. **OBJN**, v. 5, n 3, 2006.

ZANUTTO, F.; OLIVEIRA, N.A.F. **A produção escrita no ensino superior**: interação e gêneros do discurso acadêmico. Disponível em: <http://tupi.fisica.ufmg.br/michel/docs/Artigos_e_textos/Lingua_Portuguesa/a_escrita_no_ensino_superior.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2015.

ZELLER, R. A.; CARMINES, E. G. **Measurement in the social sciences**: The link between theory and data. Cambridge: Cambridge University Press, 1980.

APÊNDICE B - CARTA PARA OS JUÍZES

Caro colega,

Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **“ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE HABILIDADES CURRICULARES PARA OS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE”**, na condição de mestranda da Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza – CE. O estudo tem como objetivos adaptar o instrumento Questionário de Habilidades Curriculares as competências gerais das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, e validar o instrumento para uso no Brasil. Por reconhecimento de sua experiência profissional, você foi escolhido para emitir seu julgamento sobre o conteúdo desse instrumento.

Peço que avalie a pertinência de cada item em consonância com as competências gerais apresentadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 e as diretrizes do curso de medicina de 2014 (em anexo).

Cada item da escala possui um grau de concordância que poderá variar de 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo.

Peço-lhe também:

Assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso deseje participar; a leitura inicial do projeto de pesquisa para melhor conhecimento sobre o estudo em questão; comentários e sugestões sobre os domínios e itens da escala.

Assim, Vossa Senhoria pode sugerir a inclusão, exclusão ou modificação, de qualquer item que achar pertinente.

Desde já agradecemos sua disponibilidade em compartilhar seu tempo com nossa pesquisa. Sua contribuição será valiosa para o alcance de nosso objetivo. Colocamo-nos a disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessária.

Ana Carolina de Oliveira Rocha
Telefones: 85239968/ 32816909
Email: carololiveirarochoa@yahoo.com.br

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

Expert N° _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Local de Graduação _____ Ano: _____

Local de Trabalho _____

Área de atuação _____

Experiência em Educação profissional em saúde (em anos): _____

Participação anterior em construção de instrumento? 1.Sim 2.Não

Participação em projeto de pesquisa? 1.Sim 2. Não Qual? _____

2. QUALIFICAÇÃO

Formação: _____ Ano: _____

Especialização 1: _____ Ano: _____

Especialização 2: _____ Ano: _____

Mestrado em: _____ Ano: _____

Temática da dissertação: _____

Doutorado em: _____ Ano: _____

Temática da tese: _____

Ocupação atual: 1.Assistência () 2.Ensino () 3.Pesquisa ()

3. TRAJETÓRIA PROFISSIONAL:

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) pela Enf.. Ana Carolina de Oliveira Rocha a participar como juiz da etapa de validação de conteúdo da presente pesquisa. O(a) senhor(a) não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. A pesquisa intitulada: **“ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE HABILIDADES CURRICULARES PARA OS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE”**, tem como objetivos adaptar o instrumento Questionário de Habilidades Curriculares as competências gerais das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, e validar o instrumento para uso no Brasil. Sua participação irá contribuir para a elaboração de uma nova tecnologia. Asseguramos que as informações fornecidas serão mantidas no anonimato e serão utilizadas apenas para fins deste estudo. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação nem como nenhum tipo de prejuízo caso não aceite participar da mesma.

Asseguramos também que a qualquer momento, o(a) senhor(a) você poderá recusar a continuar participando da pesquisa e, também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. As informações dadas não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço d(os, as) responsável (is) pela pesquisa:

Nome: ANA CAROLINA DE OLIVEIRA ROCHA **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre baraúna 1115 - Rodolfo Teófilo. **Telefone para contato:** 33668454/33668006

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo 1000 - Rodolfo Teófilo, Fone: 3366-8344

O abaixo assinado: _____; _____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como juiz da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Nome do Juiz

Responsável pela pesquisa

Data _____/_____/_____

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) pela Enf. Ana Carolina de Oliveira Rocha a participar como voluntário de uma pesquisa. O(a) senhor(a) não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. A pesquisa intitulada: **“ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE HABILIDADES CURRICULARES PARA OS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE”**, tem como objetivos adaptar o instrumento Questionário de Habilidades Curriculares as competências gerais das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, e validar o instrumento para uso no Brasil. Sua participação irá contribuir para a elaboração de uma nova tecnologia. Asseguramos que as informações fornecidas serão mantidas no anonimato e serão utilizadas apenas para fins deste estudo. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação nem como nenhum tipo de prejuízo caso não aceite participar da mesma. Asseguramos também que a qualquer momento, o(a) senhor(a) você poderá recusar a continuar participando da pesquisa e, também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. As informações dadas não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço d(os, as) responsável (is) pela pesquisa:

Nome: ANA CAROLINA DE OLIVEIRA ROCHA **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre barauina 1115 - Rodolfo Teófilo. **Telefone para contato:** 33668454/33668006

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo 1000 - Rodolfo Teófilo

Fone: 3366-8344

O abaixo assinado: _____; _____anos, RG: _____declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Nome do voluntário

Nome de quem aplicou os instrumentos

Responsável pela pesquisa

Data ____/____/____

**APENDICE G – ANÁLISE DESCRITIVA DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO A
POPULAÇÃO- ALVO**

Cenário A: Atividades Teórica

Cenário B: Laboratórios

Cenário C: Grupos de Pesquisa

Cenário D: Grupos de Discussão

Cenário E: Enfermarias

Cenário F: Ambulatórios

Cenário G: Emergências

Cenário H: UAP

Cenário I: Grupos tutoriais

Habilidades	Frequência	Porcentagem
Conhecimento_geral_A_1_1		
Pouco incentivada	8	8,0
Incentivada	40	40,0
Muito incentivada	47	47,0
Não se aplica	5	5,0
Conhecimento_geral_B_1_2		
Não é incentivada	5	5,0
Pouco incentivada	21	21,0
Incentivada	43	43,0
Muito incentivada	26	26,0
Não se aplica	5	5,0
Conhecimento_geral_C_1_3		
Não é incentivada	7	7,0
Pouco incentivada	28	28,0
Incentivada	35	35,0
Muito incentivada	27	27,0
Não se aplica	3	3,0
Conhecimento_geral_D_1_4		
Não é incentivada	3	3,0
Pouco incentivada	27	27,0
Incentivada	35	35,0
Muito incentivada	28	28,0
Não se aplica	7	7,0
Conhecimento_geral_E_1_5		
Não é incentivada	6	6,0
Pouco incentivada	15	15,0
Incentivada	26	26,0
Muito incentivada	39	39,0

Não se aplica	14	14,0
Conhecimento_geral_F_1_6		
Não é incentivada	5	5,0
Pouco incentivada	16	16,0
Incentivada	28	28,0
Muito incentivada	44	44,0
Não se aplica	7	7,0
Conhecimento_geral_G_1_7		
Não é incentivada	9	9,0
Pouco incentivada	24	24,0
Incentivada	27	27,0
Muito incentivada	31	31,0
Não se aplica	9	9,0
Conhecimento_geral_H_1_8		
Não é incentivada	6	6,0
Pouco incentivada	13	13,0
Incentivada	29	29,0
Muito incentivada	33	33,0
Não se aplica	19	19,0
Conhecimento_geral_I_1_9		
Não é incentivada	9	9,0
Pouco incentivada	20	20,0
Incentivada	24	24,0
Muito incentivada	15	15,0
Não se aplica	32	32,0
Responsabilidade_aprendizado_A_2_10		
Não é incentivada	3	3,0
Pouco incentivada	19	19,0
Incentivada	34	34,0
Muito incentivada	40	40,0
Não se aplica	4	4,0
Responsabilidade_aprendizado_B_2_11		
Não é incentivada	4	4,0
Pouco incentivada	17	17,0
Incentivada	37	37,0
Muito incentivada	37	37,0
Não se aplica	5	5,0
Responsabilidade_aprendizado_C_2_12		
Não é incentivada	2	2,0
Pouco incentivada	23	23,0
Incentivada	30	30,0
Muito incentivada	34	34,0
Não se aplica	11	11,0
Responsabilidade_aprendizado_D_2_13		
Não é incentivada	2	2,0
Pouco incentivada	16	16,0
Incentivada	38	38,0
Muito incentivada	34	34,0
Não se aplica	10	10,0

Responsabilidade_aprendizado_E_2_14

Não é incentivada	3	3,0
Pouco incentivada	7	7,0
Incentivada	32	32,0
Muito incentivada	43	43,0
Não se aplica	15	15,0

Responsabilidade_aprendizado_F_2_15

Pouco incentivada	11	11,0
Incentivada	39	39,0
Muito incentivada	40	40,0
Não se aplica	10	10,0

Responsabilidade_aprendizado_G_2_16

Não é incentivada	1	1,0
Pouco incentivada	16	16,0
Incentivada	34	34,0
Muito incentivada	36	36,0
Não se aplica	13	13,0

Responsabilidade_aprendizado_H_2_17

Não é incentivada	4	4,0
Pouco incentivada	9	9,0
Incentivada	36	36,0
Muito incentivada	31	31,0
Não se aplica	20	20,0

Responsabilidade_aprendizado_I_2_18

Não é incentivada	5	5,0
Pouco incentivada	8	8,0
Incentivada	20	20,0
Muito incentivada	35	35,0
Não se aplica	32	32,0

Integração_conhecimentos_A_3_19

Não é incentivada	9	9,0
Pouco incentivada	22	22,0
Incentivada	40	40,0
Muito incentivada	24	24,0
Não se aplica	5	5,0

Integração_conhecimentos_B_3_20

Não é incentivada	5	5,0
Pouco incentivada	20	20,0
Incentivada	49	49,0
Muito incentivada	21	21,0
Não se aplica	5	5,0

Integração_conhecimentos_C_3_21

Não é incentivada	9	9,0
Pouco incentivada	30	30,0
Incentivada	33	33,0
Muito incentivada	19	19,0
Não se aplica	9	9,0

Integração_conhecimentos_D_3_22

Não é incentivada	4	4,0
-------------------	---	-----

Pouco incentivada	16	16,0
Incentivada	41	41,0
Muito incentivada	30	30,0
Não se aplica	9	9,0

Integração_conhecimentos_E_3_23

Não é incentivada	5	5,0
Pouco incentivada	11	11,0
Incentivada	30	30,0
Muito incentivada	41	41,0
Não se aplica	13	13,0

Integração_conhecimentos_F_3_24

Não é incentivada	4	4,0
Pouco incentivada	12	12,0
Incentivada	34	34,0
Muito incentivada	43	43,0
Não se aplica	7	7,0

Integração_conhecimentos_G_3_25

Não é incentivada	7	7,0
Pouco incentivada	15	15,0
Incentivada	29	29,0
Muito incentivada	39	39,0
Não se aplica	10	10,0

Integração_conhecimentos_H_3_26

Não é incentivada	7	7,0
Pouco incentivada	19	19,0
Incentivada	22	22,0
Muito incentivada	35	35,0
Não se aplica	17	17,0

Integração_conhecimentos_I_3_27

Não é incentivada	6	6,0
Pouco incentivada	14	14,0
Incentivada	23	23,0
Muito incentivada	24	24,0
Não se aplica	33	33,0

Pensamento_crítico_A_4_28

Não é incentivada	12	12,0
Pouco incentivada	35	35,0
Incentivada	29	29,0
Muito incentivada	19	19,0
Não se aplica	5	5,0

Pensamento_crítico_B_4_29

Não é incentivada	10	10,0
Pouco incentivada	29	29,0
Incentivada	37	37,0
Muito incentivada	17	17,0
Não se aplica	7	7,0

Pensamento_crítico_C_4_30

Não é incentivada	9	9,0
Pouco incentivada	21	21,0

Incentivada	37	37,0
Muito incentivada	24	24,0
Não se aplica	9	9,0
Pensamento crítico_D_4_31		
Não é incentivada	4	4,0
Pouco incentivada	19	19,0
Incentivada	34	34,0
Muito incentivada	34	34,0
Não se aplica	9	9,0
Pensamento crítico_E_4_32		
Não é incentivada	5	5,0
Pouco incentivada	21	21,0
Incentivada	30	30,0
Muito incentivada	31	31,0
Não se aplica	13	13,0
Pensamento crítico_F_4_33		
Não é incentivada	5	5,0
Pouco incentivada	23	23,0
Incentivada	34	34,0
Muito incentivada	30	30,0
Não se aplica	8	8,0
Pensamento crítico_G_4_34		
Não é incentivada	10	10,0
Pouco incentivada	23	23,0
Incentivada	24	24,0
Muito incentivada	30	30,0
Não se aplica	13	13,0
Pensamento crítico_H_4_35		
Não é incentivada	9	9,0
Pouco incentivada	25	25,0
Incentivada	25	25,0
Muito incentivada	23	23,0
Não se aplica	18	18,0
Pensamento crítico_I_4_36		
Não é incentivada	7	7,0
Pouco incentivada	11	11,0
Incentivada	26	26,0
Muito incentivada	23	23,0
Não se aplica	33	33,0
Comunicação verbal_A_5_37		
Não é incentivada	15	15,0
Pouco incentivada	31	31,0
Incentivada	25	25,0
Muito incentivada	23	23,0
Não se aplica	6	6,0
Comunicação verbal_B_5_38		
Não é incentivada	17	17,0
Pouco incentivada	23	23,0
Incentivada	28	28,0

Muito incentivada	25	25,0
Não se aplica	7	7,0
Comunicação_verbal_C_5_39		
Não é incentivada	12	12,0
Pouco incentivada	23	23,0
Incentivada	31	31,0
Muito incentivada	25	25,0
Não se aplica	9	9,0
Comunicação_verbal_D_5_40		
Não é incentivada	1	1,0
Pouco incentivada	11	11,0
Incentivada	34	34,0
Muito incentivada	44	44,0
Não se aplica	10	10,0
Comunicação_verbal_E_5_41		
Não é incentivada	6	6,0
Pouco incentivada	12	12,0
Incentivada	33	33,0
Muito incentivada	33	33,0
Não se aplica	16	16,0
Comunicação_verbal_F_5_42		
Não é incentivada	4	4,0
Pouco incentivada	13	13,0
Incentivada	35	35,0
Muito incentivada	38	38,0
Não se aplica	10	10,0
Comunicação_verbal_G_5_43		
Não é incentivada	5	5,0
Pouco incentivada	18	18,0
Incentivada	32	32,0
Muito incentivada	30	30,0
Não se aplica	15	15,0
Comunicação_verbal_H_5_44		
Não é incentivada	5	5,0
Pouco incentivada	11	11,0
Incentivada	27	27,0
Muito incentivada	37	37,0
Não se aplica	20	20,0
Comunicação_verbal_I_5_45		
Não é incentivada	4	4,0
Pouco incentivada	11	11,0
Incentivada	25	25,0
Muito incentivada	27	27,0
Não se aplica	33	33,0
Comunicação_escrita_A_6_46		
Não é incentivada	12	12,0
Pouco incentivada	23	23,0
Incentivada	31	31,0
Muito incentivada	30	30,0

Não se aplica	4	4,0
Comunicação_escrita_B_6_47		
Não é incentivada	11	11,0
Pouco incentivada	40	40,0
Incentivada	26	26,0
Muito incentivada	13	13,0
Não se aplica	10	10,0
Comunicação_escrita_C_6_48		
Não é incentivada	7	7,0
Pouco incentivada	20	20,0
Incentivada	30	30,0
Muito incentivada	33	33,0
Não se aplica	10	10,0
Comunicação_escrita_D_6_49		
Não é incentivada	10	10,0
Pouco incentivada	22	22,0
Incentivada	40	40,0
Muito incentivada	19	19,0
Não se aplica	9	9,0
Comunicação_escrita_E_6_50		
Não é incentivada	4	4,0
Pouco incentivada	21	21,0
Incentivada	32	32,0
Muito incentivada	24	24,0
Não se aplica	19	19,0
Comunicação_escrita_F_6_51		
Não é incentivada	5	5,0
Pouco incentivada	20	20,0
Incentivada	37	37,0
Muito incentivada	27	27,0
Não se aplica	11	11,0
Comunicação_escrita_G_6_52		
Não é incentivada	10	10,0
Pouco incentivada	31	31,0
Incentivada	26	26,0
Muito incentivada	18	18,0
Não se aplica	15	15,0
Comunicação_escrita_H_6_53		
Não é incentivada	11	11,0
Pouco incentivada	16	16,0
Incentivada	34	34,0
Muito incentivada	19	19,0
Não se aplica	20	20,0
Comunicação_escrita_I_6_54		
Não é incentivada	11	11,0
Pouco incentivada	16	16,0
Incentivada	28	28,0
Muito incentivada	13	13,0
Não se aplica	32	32,0

Relação_profissional_paciente_A_7_55

Não é incentivada	9	9,0
Pouco incentivada	11	11,0
Incentivada	37	37,0
Muito incentivada	37	37,0
Não se aplica	6	6,0

Relação_profissional_paciente_B_7_56

Não é incentivada	19	19,0
Pouco incentivada	18	18,0
Incentivada	24	24,0
Muito incentivada	24	24,0
Não se aplica	15	15,0

Relação_profissional_paciente_C_7_57

Não é incentivada	15	15,0
Pouco incentivada	25	25,0
Incentivada	27	27,0
Muito incentivada	17	17,0
Não se aplica	16	16,0

Relação_profissional_paciente_D_7_58

Não é incentivada	7	7,0
Pouco incentivada	24	24,0
Incentivada	36	36,0
Muito incentivada	18	18,0
Não se aplica	15	15,0

Relação_profissional_paciente_E_7_59

Não é incentivada	3	3,0
Pouco incentivada	6	6,0
Incentivada	23	23,0
Muito incentivada	51	51,0
Não se aplica	17	17,0

Relação_profissional_paciente_F_7_60

Não é incentivada	1	1,0
Pouco incentivada	6	6,0
Incentivada	24	24,0
Muito incentivada	58	58,0
Não se aplica	11	11,0

Relação_profissional_paciente_G_7_61

Não é incentivada	5	5,0
Pouco incentivada	11	11,0
Incentivada	22	22,0
Muito incentivada	46	46,0
Não se aplica	16	16,0

Relação_profissional_paciente_H_7_62

Não é incentivada	6	6,0
Pouco incentivada	7	7,0
Incentivada	15	15,0
Muito incentivada	50	50,0
Não se aplica	22	22,0

Relação_profissional_paciente_I_7_63

Não é incentivada	8	8,0
Pouco incentivada	20	20,0
Incentivada	21	21,0
Muito incentivada	16	16,0
Não se aplica	35	35,0
Auto_avaliação_A_8_64		
Não é incentivada	19	19,0
Pouco incentivada	38	38,0
Incentivada	24	24,0
Muito incentivada	17	17,0
Não se aplica	2	2,0
Auto_avaliação_B_8_65		
Não é incentivada	16	16,0
Pouco incentivada	29	29,0
Incentivada	27	27,0
Muito incentivada	21	21,0
Não se aplica	7	7,0
Auto_avaliação_C_8_66		
Não é incentivada	19	19,0
Pouco incentivada	34	34,0
Incentivada	24	24,0
Muito incentivada	16	16,0
Não se aplica	7	7,0
Auto_avaliação_D_8_67		
Não é incentivada	11	11,0
Pouco incentivada	23	23,0
Incentivada	38	38,0
Muito incentivada	19	19,0
Não se aplica	9	9,0
Auto_avaliação_E_8_68		
Não é incentivada	11	11,0
Pouco incentivada	12	12,0
Incentivada	43	43,0
Muito incentivada	20	20,0
Não se aplica	14	14,0
Auto_avaliação_F_8_69		
Não é incentivada	10	10,0
Pouco incentivada	29	29,0
Incentivada	30	30,0
Muito incentivada	22	22,0
Não se aplica	9	9,0
Auto_avaliação_G_8_70		
Não é incentivada	17	17,0
Pouco incentivada	18	18,0
Incentivada	32	32,0
Muito incentivada	21	21,0
Não se aplica	12	12,0
Auto_avaliação_H_8_71		
Não é incentivada	12	12,0

Pouco incentivada	21	21,0
Incentivada	30	30,0
Muito incentivada	17	17,0
Não se aplica	20	20,0

Auto_avaliação_I_8_72

Não é incentivada	11	11,0
Pouco incentivada	9	9,0
Incentivada	26	26,0
Muito incentivada	23	23,0
Não se aplica	31	31,0

Lidar_incertezas_A_9_73

Não é incentivada	32	32,0
Pouco incentivada	39	39,0
Incentivada	16	16,0
Muito incentivada	10	10,0
Não se aplica	3	3,0

Lidar_incertezas_B_9_74

Não é incentivada	25	25,0
Pouco incentivada	36	36,0
Incentivada	22	22,0
Muito incentivada	11	11,0
Não se aplica	6	6,0

Lidar_incertezas_C_9_75

Não é incentivada	25	25,0
Pouco incentivada	31	31,0
Incentivada	27	27,0
Muito incentivada	9	9,0
Não se aplica	8	8,0

Lidar_incertezas_D_9_76

Não é incentivada	19	19,0
Pouco incentivada	27	27,0
Incentivada	31	31,0
Muito incentivada	14	14,0
Não se aplica	9	9,0

Lidar_incertezas_E_9_77

Não é incentivada	16	16,0
Pouco incentivada	30	30,0
Incentivada	22	22,0
Muito incentivada	17	17,0
Não se aplica	15	15,0

Lidar_incertezas_F_9_78

Não é incentivada	19	19,0
Pouco incentivada	29	29,0
Incentivada	25	25,0
Muito incentivada	18	18,0
Não se aplica	9	9,0

Lidar_incertezas_G_9_79

Não é incentivada	13	13,0
Pouco incentivada	30	30,0

Incentivada	22	22,0
Muito incentivada	20	20,0
Não se aplica	15	15,0
Lidar_incertezas_H_9_80		
Não é incentivada	16	16,0
Pouco incentivada	29	29,0
Incentivada	20	20,0
Muito incentivada	13	13,0
Não se aplica	22	22,0
Lidar_incertezas_I_9_81		
Não é incentivada	19	19,0
Pouco incentivada	19	19,0
Incentivada	22	22,0
Muito incentivada	8	8,0
Não se aplica	32	32,0
Lidar_erros_A_10_82		
Não é incentivada	34	34,0
Pouco incentivada	42	42,0
Incentivada	13	13,0
Muito incentivada	8	8,0
Não se aplica	3	3,0
Lidar_erros_B_10_83		
Não é incentivada	29	29,0
Pouco incentivada	39	39,0
Incentivada	17	17,0
Muito incentivada	10	10,0
Não se aplica	5	5,0
Lidar_erros_C_10_84		
Não é incentivada	34	34,0
Pouco incentivada	34	34,0
Incentivada	18	18,0
Muito incentivada	7	7,0
Não se aplica	7	7,0
Lidar_erros_D_10_85		
Não é incentivada	27	27,0
Pouco incentivada	32	32,0
Incentivada	26	26,0
Muito incentivada	7	7,0
Não se aplica	8	8,0
Lidar_erros_E_10_86		
Não é incentivada	25	25,0
Pouco incentivada	26	26,0
Incentivada	23	23,0
Muito incentivada	12	12,0
Não se aplica	14	14,0
Lidar_erros_F_10_87		
Não é incentivada	23	23,0
Pouco incentivada	31	31,0
Incentivada	25	25,0

Muito incentivada	12	12,0
Não se aplica	9	9,0
Lidar_errores_G_10_88		
Não é incentivada	21	21,0
Pouco incentivada	27	27,0
Incentivada	24	24,0
Muito incentivada	14	14,0
Não se aplica	14	14,0
Lidar_errores_H_10_89		
Não é incentivada	22	22,0
Pouco incentivada	29	29,0
Incentivada	21	21,0
Muito incentivada	7	7,0
Não se aplica	21	21,0
Lidar_errores_I_10_90		
Não é incentivada	23	23,0
Pouco incentivada	19	19,0
Incentivada	19	19,0
Muito incentivada	9	9,0
Não se aplica	30	30,0
Dar_receber_feedback_A_11_91		
Não é incentivada	26	26,0
Pouco incentivada	34	34,0
Incentivada	23	23,0
Muito incentivada	13	13,0
Não se aplica	4	4,0
Dar_receber_feedback_B_11_92		
Não é incentivada	23	23,0
Pouco incentivada	33	33,0
Incentivada	23	23,0
Muito incentivada	10	10,0
Não se aplica	11	11,0
Dar_receber_feedback_C_11_93		
Não é incentivada	23	23,0
Pouco incentivada	33	33,0
Incentivada	21	21,0
Muito incentivada	13	13,0
Não se aplica	10	10,0
Dar_receber_feedback_D_11_94		
Não é incentivada	18	18,0
Pouco incentivada	26	26,0
Incentivada	30	30,0
Muito incentivada	14	14,0
Não se aplica	12	12,0
Dar_receber_feedback_E_11_95		
Não é incentivada	13	13,0
Pouco incentivada	24	24,0
Incentivada	37	37,0
Muito incentivada	13	13,0

Não se aplica	13	13,0
Dar_receber_feedback_F_11_96		
Não é incentivada	14	14,0
Pouco incentivada	26	26,0
Incentivada	35	35,0
Muito incentivada	17	17,0
Não se aplica	8	8,0
Dar_receber_feedback_G_11_97		
Não é incentivada	18	18,0
Pouco incentivada	31	31,0
Incentivada	28	28,0
Muito incentivada	11	11,0
Não se aplica	12	12,0
Dar_receber_feedback_H_11_98		
Não é incentivada	13	13,0
Pouco incentivada	21	21,0
Incentivada	30	30,0
Muito incentivada	18	18,0
Não se aplica	18	18,0
Dar_receber_feedback_I_11_99		
Não é incentivada	16	16,0
Pouco incentivada	19	19,0
Incentivada	20	20,0
Muito incentivada	13	13,0
Não se aplica	32	32,0
Consciência_fraquezas_A_12_100		
Não é incentivada	38	38,0
Pouco incentivada	34	34,0
Incentivada	14	14,0
Muito incentivada	12	12,0
Não se aplica	2	2,0
Consciência_fraquezas_B_12_101		
Não é incentivada	30	30,0
Pouco incentivada	28	28,0
Incentivada	19	19,0
Muito incentivada	14	14,0
Não se aplica	9	9,0
Consciência_fraquezas_C_12_102		
Não é incentivada	39	39,0
Pouco incentivada	27	27,0
Incentivada	15	15,0
Muito incentivada	8	8,0
Não se aplica	11	11,0
Consciência_fraquezas_D_12_103		
Não é incentivada	29	29,0
Pouco incentivada	31	31,0
Incentivada	18	18,0
Muito incentivada	13	13,0
Não se aplica	9	9,0

Consciência_fraquezas_E_12_104

Não é incentivada	22	22,0
Pouco incentivada	28	28,0
Incentivada	22	22,0
Muito incentivada	14	14,0
Não se aplica	14	14,0

Consciência_fraquezas_F_12_105

Não é incentivada	24	24,0
Pouco incentivada	28	28,0
Incentivada	23	23,0
Muito incentivada	16	16,0
Não se aplica	9	9,0

Consciência_fraquezas_G_12_106

Não é incentivada	19	19,0
Pouco incentivada	30	30,0
Incentivada	19	19,0
Muito incentivada	17	17,0
Não se aplica	15	15,0

Consciência_fraquezas_H_12_107

Não é incentivada	23	23,0
Pouco incentivada	28	28,0
Incentivada	18	18,0
Muito incentivada	10	10,0
Não se aplica	21	21,0

Consciência_fraquezas_I_12_108

Não é incentivada	24	24,0
Pouco incentivada	19	19,0
Incentivada	12	12,0
Muito incentivada	15	15,0
Não se aplica	30	30,0

Formação_humanística_A_13_109

Não é incentivada	11	11,0
Pouco incentivada	14	14,0
Incentivada	40	40,0
Muito incentivada	30	30,0
Não se aplica	5	5,0

Formação_humanística_B_13_110

Não é incentivada	14	14,0
Pouco incentivada	24	24,0
Incentivada	30	30,0
Muito incentivada	20	20,0
Não se aplica	12	12,0

Formação_humanística_C_13_111

Não é incentivada	14	14,0
Pouco incentivada	22	22,0
Incentivada	32	32,0
Muito incentivada	21	21,0
Não se aplica	11	11,0

Formação_humanística_D_13_112

Não é incentivada	9	9,0
Pouco incentivada	17	17,0
Incentivada	45	45,0
Muito incentivada	18	18,0
Não se aplica	11	11,0

Formação_humanística_E_13_113

Não é incentivada	6	6,0
Pouco incentivada	15	15,0
Incentivada	28	28,0
Muito incentivada	36	36,0
Não se aplica	15	15,0

Formação_humanística_F_13_114

Não é incentivada	4	4,0
Pouco incentivada	18	18,0
Incentivada	29	29,0
Muito incentivada	40	40,0
Não se aplica	9	9,0

Formação_humanística_G_13_115

Não é incentivada	6	6,0
Pouco incentivada	23	23,0
Incentivada	29	29,0
Muito incentivada	30	30,0
Não se aplica	12	12,0

Formação_humanística_H_13_116

Não é incentivada	10	10,0
Pouco incentivada	8	8,0
Incentivada	26	26,0
Muito incentivada	37	37,0
Não se aplica	19	19,0

Formação_humanística_I_13_117

Não é incentivada	10	10,0
Pouco incentivada	18	18,0
Incentivada	28	28,0
Muito incentivada	12	12,0
Não se aplica	32	32,0

Liderança_A_14_118

Não é incentivada	27	27,0
Pouco incentivada	30	30,0
Incentivada	27	27,0
Muito incentivada	11	11,0
Não se aplica	5	5,0

Liderança_B_14_119

Não é incentivada	21	21,0
Pouco incentivada	28	28,0
Incentivada	29	29,0
Muito incentivada	13	13,0
Não se aplica	9	9,0

Liderança_C_14_120

Não é incentivada	19	19,0
-------------------	----	------

Pouco incentivada	32	32,0
Incentivada	27	27,0
Muito incentivada	12	12,0
Não se aplica	10	10,0

Liderança_D_14_121

Não é incentivada	11	11,0
Pouco incentivada	28	28,0
Incentivada	30	30,0
Muito incentivada	20	20,0
Não se aplica	11	11,0

Liderança_E_14_122

Não é incentivada	11	11,0
Pouco incentivada	23	23,0
Incentivada	35	35,0
Muito incentivada	15	15,0
Não se aplica	16	16,0

Liderança_F_14_123

Não é incentivada	11	11,0
Pouco incentivada	31	31,0
Incentivada	33	33,0
Muito incentivada	14	14,0
Não se aplica	11	11,0

Liderança_G_14_124

Não é incentivada	8	8,0
Pouco incentivada	24	24,0
Incentivada	28	28,0
Muito incentivada	26	26,0
Não se aplica	14	14,0

Liderança_H_14_125

Não é incentivada	11	11,0
Pouco incentivada	22	22,0
Incentivada	26	26,0
Muito incentivada	21	21,0
Não se aplica	20	20,0

Liderança_I_14_126

Não é incentivada	9	9,0
Pouco incentivada	19	19,0
Incentivada	24	24,0
Muito incentivada	18	18,0
Não se aplica	30	30,0

Trabalho_equipe_A_15_127

Não é incentivada	21	21,0
Pouco incentivada	24	24,0
Incentivada	30	30,0
Muito incentivada	19	19,0
Não se aplica	6	6,0

Trabalho_equipe_B_15_128

Não é incentivada	8	8,0
Pouco incentivada	19	19,0

Incentivada	28	28,0
Muito incentivada	36	36,0
Não se aplica	9	9,0
Trabalho_equipe_C_15_129		
Não é incentivada	6	6,0
Pouco incentivada	18	18,0
Incentivada	30	30,0
Muito incentivada	36	36,0
Não se aplica	10	10,0
Trabalho_equipe_D_15_130		
Não é incentivada	11	11,0
Pouco incentivada	9	9,0
Incentivada	29	29,0
Muito incentivada	42	42,0
Não se aplica	9	9,0
Trabalho_equipe_E_15_131		
Não é incentivada	7	7,0
Pouco incentivada	13	13,0
Incentivada	26	26,0
Muito incentivada	39	39,0
Não se aplica	15	15,0
Trabalho_equipe_F_15_132		
Não é incentivada	8	8,0
Pouco incentivada	11	11,0
Incentivada	35	35,0
Muito incentivada	37	37,0
Não se aplica	9	9,0
Trabalho_equipe_G_15_133		
Não é incentivada	6	6,0
Pouco incentivada	17	17,0
Incentivada	26	26,0
Muito incentivada	38	38,0
Não se aplica	13	13,0
Trabalho_equipe_H_15_134		
Não é incentivada	7	7,0
Pouco incentivada	10	10,0
Incentivada	27	27,0
Muito incentivada	36	36,0
Não se aplica	20	20,0
Trabalho_equipe_I_15_135		
Não é incentivada	11	11,0
Pouco incentivada	9	9,0
Incentivada	23	23,0
Muito incentivada	25	25,0
Não se aplica	32	32,0
Abordagem_integral_A_16_136		
Não é incentivada	6	6,0
Pouco incentivada	19	19,0
Incentivada	30	30,0

Muito incentivada	38	38,0
Não se aplica	7	7,0
Abordagem_integral_B_16_137		
Não é incentivada	18	18,0
Pouco incentivada	11	11,0
Incentivada	29	29,0
Muito incentivada	25	25,0
Não se aplica	17	17,0
Abordagem_integral_C_16_138		
Não é incentivada	10	10,0
Pouco incentivada	28	28,0
Incentivada	28	28,0
Muito incentivada	19	19,0
Não se aplica	15	15,0
Abordagem_integral_D_16_139		
Não é incentivada	10	10,0
Pouco incentivada	15	15,0
Incentivada	34	34,0
Muito incentivada	28	28,0
Não se aplica	13	13,0
Abordagem_integral_E_16_140		
Não é incentivada	3	3,0
Pouco incentivada	12	12,0
Incentivada	26	26,0
Muito incentivada	42	42,0
Não se aplica	17	17,0
Abordagem_integral_F_16_141		
Não é incentivada	2	2,0
Pouco incentivada	8	8,0
Incentivada	41	41,0
Muito incentivada	39	39,0
Não se aplica	10	10,0
Abordagem_integral_G_16_142		
Não é incentivada	12	12,0
Pouco incentivada	10	10,0
Incentivada	31	31,0
Muito incentivada	33	33,0
Não se aplica	14	14,0
Abordagem_integral_H_16_143		
Não é incentivada	6	6,0
Pouco incentivada	6	6,0
Incentivada	25	25,0
Muito incentivada	41	41,0
Não se aplica	22	22,0
Abordagem_integral_I_16_144		
Não é incentivada	9	9,0
Pouco incentivada	12	12,0
Incentivada	27	27,0
Muito incentivada	20	20,0

Não se aplica	32	32,0
Compromisso_sociedade_A_17_145		
Não é incentivada	12	12,0
Pouco incentivada	23	23,0
Incentivada	37	37,0
Muito incentivada	24	24,0
Não se aplica	4	4,0
Compromisso_sociedade_B_17_146		
Não é incentivada	17	17,0
Pouco incentivada	22	22,0
Incentivada	35	35,0
Muito incentivada	15	15,0
Não se aplica	11	11,0
Compromisso_sociedade_C_17_147		
Não é incentivada	15	15,0
Pouco incentivada	15	15,0
Incentivada	38	38,0
Muito incentivada	18	18,0
Não se aplica	14	14,0
Compromisso_sociedade_D_17_148		
Não é incentivada	15	15,0
Pouco incentivada	16	16,0
Incentivada	36	36,0
Muito incentivada	23	23,0
Não se aplica	10	10,0
Compromisso_sociedade_E_17_149		
Não é incentivada	10	10,0
Pouco incentivada	13	13,0
Incentivada	32	32,0
Muito incentivada	27	27,0
Não se aplica	18	18,0
Compromisso_sociedade_F_17_150		
Não é incentivada	9	9,0
Pouco incentivada	13	13,0
Incentivada	37	37,0
Muito incentivada	30	30,0
Não se aplica	11	11,0
Compromisso_sociedade_G_17_151		
Não é incentivada	8	8,0
Pouco incentivada	15	15,0
Incentivada	32	32,0
Muito incentivada	30	30,0
Não se aplica	15	15,0
Compromisso_sociedade_H_17_152		
Não é incentivada	8	8,0
Pouco incentivada	15	15,0
Incentivada	22	22,0
Muito incentivada	35	35,0
Não se aplica	20	20,0

Compromisso_sociedade_I_17_153

Não é incentivada	10	10,0
Pouco incentivada	15	15,0
Incentivada	25	25,0
Muito incentivada	12	12,0
Não se aplica	38	38,0

Tomada_decisões_A_18_154

Não é incentivada	18	18,0
Pouco incentivada	34	34,0
Incentivada	24	24,0
Muito incentivada	18	18,0
Não se aplica	6	6,0

Tomada_decisões_B_18_155

Não é incentivada	14	14,0
Pouco incentivada	23	23,0
Incentivada	32	32,0
Muito incentivada	19	19,0
Não se aplica	12	12,0

Tomada_decisões_C_18_156

Não é incentivada	16	16,0
Pouco incentivada	25	25,0
Incentivada	28	28,0
Muito incentivada	17	17,0
Não se aplica	14	14,0

Tomada_decisões_D_18_157

Não é incentivada	12	12,0
Pouco incentivada	24	24,0
Incentivada	36	36,0
Muito incentivada	16	16,0
Não se aplica	12	12,0

Tomada_decisões_E_18_158

Não é incentivada	3	3,0
Pouco incentivada	19	19,0
Incentivada	35	35,0
Muito incentivada	26	26,0
Não se aplica	17	17,0

Tomada_decisões_F_18_159

Não é incentivada	6	6,0
Pouco incentivada	20	20,0
Incentivada	36	36,0
Muito incentivada	28	28,0
Não se aplica	10	10,0

Tomada_decisões_G_18_160

Não é incentivada	4	4,0
Pouco incentivada	15	15,0
Incentivada	28	28,0
Muito incentivada	39	39,0
Não se aplica	14	14,0

Tomada_decisões_H_18_161

Não é incentivada	9	9,0
Pouco incentivada	14	14,0
Incentivada	32	32,0
Muito incentivada	24	24,0
Não se aplica	21	21,0

Tomada_decisões_I_18_162

Não é incentivada	9	9,0
Pouco incentivada	17	17,0
Incentivada	24	24,0
Muito incentivada	14	14,0
Não se aplica	36	36,0

Compromisso_instituições_A_19_163

Não é incentivada	14	14,0
Pouco incentivada	24	24,0
Incentivada	36	36,0
Muito incentivada	18	18,0
Não se aplica	8	8,0

Compromisso_instituições_B_19_164

Não é incentivada	14	14,0
Pouco incentivada	21	21,0
Incentivada	32	32,0
Muito incentivada	20	20,0
Não se aplica	13	13,0

Compromisso_instituições_C_19_165

Não é incentivada	13	13,0
Pouco incentivada	20	20,0
Incentivada	35	35,0
Muito incentivada	14	14,0
Não se aplica	18	18,0

Compromisso_instituições_D_19_166

Não é incentivada	13	13,0
Pouco incentivada	20	20,0
Incentivada	39	39,0
Muito incentivada	13	13,0
Não se aplica	15	15,0

Compromisso_instituições_E_19_167

Não é incentivada	8	8,0
Pouco incentivada	7	7,0
Incentivada	37	37,0
Muito incentivada	33	33,0
Não se aplica	15	15,0

Compromisso_instituições_F_19_168

Não é incentivada	10	10,0
Pouco incentivada	8	8,0
Incentivada	36	36,0
Muito incentivada	35	35,0
Não se aplica	11	11,0

Compromisso_instituições_G_19_169

Não é incentivada	8	8,0
-------------------	---	-----

Pouco incentivada	8	8,0
Incentivada	34	34,0
Muito incentivada	34	34,0
Não se aplica	16	16,0

Compromisso_instituições_H_19_170

Não é incentivada	9	9,0
Pouco incentivada	7	7,0
Incentivada	32	32,0
Muito incentivada	30	30,0
Não se aplica	22	22,0

Compromisso_instituições_I_19_171

Não é incentivada	15	15,0
Pouco incentivada	16	16,0
Incentivada	20	20,0
Muito incentivada	13	13,0
Não se aplica	36	36,0

Habilidade_administração_A_20_172

Não é incentivada	31	31,0
Pouco incentivada	39	39,0
Incentivada	15	15,0
Muito incentivada	13	13,0
Não se aplica	2	2,0

Habilidade_administração_B_20_173

Não é incentivada	31	31,0
Pouco incentivada	32	32,0
Incentivada	18	18,0
Muito incentivada	12	12,0
Não se aplica	7	7,0

Habilidade_administração_C_20_174

Não é incentivada	38	38,0
Pouco incentivada	25	25,0
Incentivada	15	15,0
Muito incentivada	13	13,0
Não se aplica	9	9,0

Habilidade_administração_D_20_175

Não é incentivada	28	28,0
Pouco incentivada	36	36,0
Incentivada	17	17,0
Muito incentivada	12	12,0
Não se aplica	7	7,0

Habilidade_administração_E_20_176

Não é incentivada	13	13,0
Pouco incentivada	34	34,0
Incentivada	22	22,0
Muito incentivada	16	16,0
Não se aplica	15	15,0

Habilidade_administração_F_20_177

Não é incentivada	19	19,0
Pouco incentivada	34	34,0

Incentivada	24	24,0
Muito incentivada	16	16,0
Não se aplica	7	7,0
Habilidade_administração_G_20_178		
Não é incentivada	20	20,0
Pouco incentivada	34	34,0
Incentivada	19	19,0
Muito incentivada	16	16,0
Não se aplica	11	11,0
Habilidade_administração_H_20_179		
Não é incentivada	14	14,0
Pouco incentivada	29	29,0
Incentivada	22	22,0
Muito incentivada	16	16,0
Não se aplica	19	19,0
Habilidade_administração_I_20_180		
Não é incentivada	19	19,0
Pouco incentivada	22	22,0
Incentivada	15	15,0
Muito incentivada	11	11,0
Não se aplica	33	33,0

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE HABILIDADES CURRICULARES PARA OS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Pesquisador: Ana Carolina de Oliveira Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45866615.7.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.135.622

Data da Relatoria: 02/07/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação que visa realizar uma avaliação da existência das competências curriculares definidas pelas DCN nos cursos de graduação em saúde. Com o intuito de avaliar o quanto as competências necessárias à formação profissional estão sendo incentivadas nas Escolas Médicas, Kallshman Curricular Skills Questionnaire. Tal exame compreende vinte e uma competências que devem ser abordadas durante o processo de formação, dentre elas, a capacidade de liderança, tomada de decisões, comprometimento com a sociedade e trabalho em equipe. O exame é aplicado aos alunos de graduação, os quais julgarão o quanto cada competência é incentivada em diferentes cenários de aprendizagem durante sua formação. A adaptação e validação do Questionário de Habilidades Curriculares para uso no Brasil permitirá sua aplicação pelas instituições de ensino superior, o que contribuirá para a avaliação das suas estratégias metodológicas com relação à abordagem das competências curriculares. Assim, tornará possível que modificações sejam feitas de modo a tornar o currículo mais próximo do que está sendo exigido pelas DCN, ou seja, formar profissionais com habilidades e competências para trabalharem em congruência às diretrizes do SUS.

Objetivo da Pesquisa:

Adaptar o Instrumento Questionário de Habilidades Curriculares às competências gerais das

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-2344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: corpea@ufc.br