

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**Formação em Enfermagem com Aprendizagem Baseada em
Problemas (PBL). O caso da Universidade Católica de
Moçambique**

Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem
- Especialidade de Educação em Enfermagem

Glória Zegarra Casapía

Sob a orientação da Doutora Margarida Maria Silva Vieira

Instituto de Ciências da Saúde

Porto, setembro de 2016

SIGLAS

ARV - Antirretroviral

ATS - Aconselhamento e Testagem em Saúde

CPN - Controlo Pré-natal

CUAMM - Médicos com África

DCV - Doenças Cardiovasculares

DNT - Doenças Não Transmissíveis

DOT - Tratamento Diretamente Observado

DTN - Doenças Tropicais Negligenciadas

FCS - Faculdade de Ciências de Saúde

FRELIMO - Frente de Libertação de Moçambique

GRM - Governo da República de Moçambique

HCB - Hospital Central da Beira

HIV/SIDA - Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HTA - Hipertensão Arterial

IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

ISCISA - Instituto Superior de Ciências da Saúde - Maputo

MISAU - Ministério da Saúde (Moçambique)

NV - Nados Vivos

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Millennium

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONUSIDA - Programa conjunta das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA

OSCE - Exame Clínico Objetivo e Estruturado

PBL - Problem Based Learning (Aprendizagem Baseada em Problemas)

PIB - Produto Interno Bruto

PNCT - Programa Nacional de Controlo da Tuberculose

PTV - Prevenção de Transmissão Vertical
RENAMO – Resistência Nacional de Moçambique
SNS – Sistema Nacional de Saúde
TARV - Tratamento Antirretroviral
TB - Tuberculose
TB -MDR - TB Multi Droga Resistente
TPC - Tratamento Preventivo com Cotrimoxazol
TS - Trabalhadores de Sexo
UCM - Universidade Católica de Moçambique
UNILURIO – Universidade do Lúrio
US - Unidade Sanitária
WHO - World Health Organization

A gota de água

Uma gota que cai sobre a pedra, não parece muito poderosa, nada ameaçadora, no entanto, uma queda após a outra, por um longo tempo, faz com que o aparentemente inconcebível, se faça realidade: a pedra perfurada.

A gota de água penetra, não pela violência, mas pela frequência, em uma palavra, é a perseverança. É dizer que há pequenas coisas, insignificantes e simples, e que se fazem amiudadamente cada dia, com esforço, com amor e em silêncio, e chegam a ter um grande poder, a grande força de acreditar que o impossível pode ser possível.

*Aos meus pais Carlos e Olga, fortes e abnegados, que com muita dor me
deixaram partir para a missão e com o seu amor e orações
me seguraram na minha vocação.*

*Hoje, do céu me abençoam
para continuar a minha entrega em Moçambique
como Franciscana Missionária de Maria .*

Agradecimentos

A Deus fonte inesgotável de amor, que dá sentido à minha vida e me acompanha cada dia na missão confiada e que hoje me permite finalizar esta etapa de formação para servir e amar.

À Professora Doutora. Margarida Maria Silva Vieira, que um dia me abriu esta possibilidade de continuar a minha formação, para colaborar melhor na educação dos enfermeiros em Moçambique; que se dispôs a orientar-me e acompanhar-me todo este tempo. Agradeço-lhe o saber, os ensinamentos e os constantes desafios, a compreensão e a total disponibilidade com que sempre me apoiou. Porque me ensinou o segredo do que é ser uma Boa Professora e como a Enfermagem é resposta essencial e decisiva na defesa da vida em cada dia e em cada realidade.

À Universidade Católica de Portugal que me concedeu a possibilidade de tornar realidade esta possibilidade de continuar a formação.

Ao Magnífico Reitor da Universidade Católica de Moçambique, Pe. Dr. Alberto Ferreira, que me deu esta a possibilidade e me encorajou para realizar os estudos.

À UCM, que me dispensou o tempo necessário para os estudos e ajuda de custos para as deslocações.

Ao gabinete de Enfermagem, a cada uma das minhas colegas, Silvana, Marta, Paula, Emília, Atija e Brígida, o meu profundo agradecimento pela presença amigável, compreensão e sobretudo pelo apoio e incentivo constante assumindo todo o trabalho na minha ausência.

À Dra. Leny Claessen-van Swaaij, que foi a minha assessora e colaboradora no melhoramento do currículo, por todo o seu trabalho abnegado por melhorar a qualidade de enfermagem.

Agradeço a todos os docentes de enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde Porto, pelo acolhimento, ajuda e apoio incondicional.

Aos professores, enfermeiros e estudantes que participaram neste estudo, pela adesão e disponibilidade de se exporem.

Às minhas irmãs da congregação Franciscanas Missionárias de Maria, especialmente às comunidades de Lisboa, Porto e Beira - Moçambique pelo seu apoio espiritual e moral que me ajudaram a continuar.

A essas amigas e amigos que como estrelas iluminaram os meus momentos sombrios, dando a força para continuar os estudos, mostrando que tudo era possível.

À minha família que com o carinho me apoiou e me deu força para chegar ao fim desta etapa, de forma especial ao Hugo que incansavelmente sempre me encorajou.

RESUMO

O uso do método PBL (Problem Based Learning) tem já algumas décadas de experiência na área da saúde. No entanto, não é frequente na formação em enfermagem pelo que se justifica a análise da criação e implementação de um curso novo, de natureza universitária e com recurso à aprendizagem baseada em problemas.

Este estudo teve como objetivos analisar as vantagens do uso do PBL na enfermagem, mas também os constrangimentos e dificuldades encontradas na criação de um curso novo, no contexto de um país em vias de desenvolvimento.

Recorrendo a diferentes técnicas de colheita e análise de dados, fez-se um “estudo de caso” da criação e implementação do curso de Licenciatura em Enfermagem na Faculdade de Ciências da Saúde na Universidade Católica de Moçambique. Recorreu-se à análise documental, e por diferentes técnicas analisou-se experiência de estudantes e docentes e obteve-se a opinião dos empregadores do primeiro grupo de graduados.

As conclusões permitiram identificar as vantagens do método e os constrangimentos da sua implementação, contribuindo estes resultados para a melhoria contínua do curso.

Palavras chave. PBL (Problem Based Learning); Enfermagem; educação em enfermagem.

ABSTRACT

The use of the Problem-based Learning (PBL) method has already decades of experience in health. However, it is not frequent in nursing education, which justifies the analysis of the creation and implementation of a new course, university-based and using problem-based learning.

The purpose of this study was to analyze the advantages of using PBL in nursing, but also the constraints and difficulties encountered in creating a new course in the context of a developing country.

Using different data collection and analysis techniques, a "case study" of the creation and implementation of the Nursing Degree course at the Faculty of Health Sciences at Universidade Católica de Moçambique was carried out. Documentary analysis was used, and different techniques were used to analyze the experience of students and teachers, and the opinion of the employers of the first group of graduates was obtained.

The conclusions allowed to identify the advantages of the method and the constraints of its implementation, contributing these results to the continuous improvement of the course.

Key words. PBL (Problem Based Learning); Nursing; Nursing Education.

Índice Geral

	Pag
INTRODUÇÃO	25
1. O MÉTODO – ESTUDO DE CASO	27
1.1. Conceitos e Fundamentos	27
1.2. Características básicas de um Estudo de Caso	28
1.3. O Estudo de Caso como Estratégia de Investigação Científica	29
1.4. O Estudo de Caso Qualitativo.	32
1.5. Três princípios na recolha de dados.....	34
1.6. Delimitação do foco do estudo	36
2. O CONTEXTO DO CASO	37
2.1. Enfermagem: a profissão e a formação atual em Moçambique	38
2.1.1. Do início da Enfermagem	38
2.1.2. Florence Nightingale – O Olhar Científico do Cuidar	40
2.1.3. Enfermagem em Moçambique: evolução histórica	41
2.1.4. Oferta de enfermagem universitária em Moçambique	43
2.1.5. Proposta do Ministério da Saúde: Currículo de Enfermagem Geral baseado em competências para enfermeiros de nível medio.....	44
2.2. O contexto da saúde em Moçambique	46
2.2.1. Breve contexto geográfico, histórico, político, demográfico e social	47
2.2.2. Realidade do Sistema de Saúde	51
2.2.1. Malária	54
2.2.2. VIH/SIDA.....	56
2.2.3. Unidades sanitárias	65
2.2.4. Saúde materno infantil.....	67
2.3. O contexto de ensino superior em Moçambique.....	68
2.3.1 - Breve Historial da Expansão do Ensino Superior em Moçambique.	69
2.3.2. Desafios do Ensino Superior.....	74

2.4 – A formação na Universidade Católica de Moçambique.....	75
2.4.1. Criação da Universidade.....	77
2.4.2. Direção e administração superior da Universidade	78
2.4.3. A Universidade Católica ao serviço da evangelização.....	78
2.4.4. História da Universidade e o processo de descentralização.....	81
2.4.5. Missão da Universidade: oferta de ensino superior de qualidade e inovação	83
2.4.6. Formação de quadros para favorecer o processo de democratização e boa governação em Moçambique	85
2.4.7. Valores da Universidade.....	87
2.4.8 Atividade da Universidade	88
2.4.9. Atividades de promoção da saúde e cooperação internacional	89
2.5. A opção pelo método Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL).....	92
2.5.1. Método do PBL.....	93
2.5.2. Estrutura fundamental do PBL.....	95
2.5.3. PBL na saúde	104
2.5.4. PBL na Enfermagem	105
3. O CASO – O CURSO DE ENFERMAGEM	107
3.1 A construção do curriculum.....	110
3.2 O curso de enfermagem e o PBL	113
3.3. Competências do enfermeiro.....	115
3.4 O desenvolvimento curricular	121
3.4.1 Estrutura por ano curricular	121
3.4.2. Estrutura dos módulos	132
3.4.3. Objetivos curriculares por ano e módulo.....	133
3.4.4. Seminários de Humanização	146
3.4.5. Conteúdo teórico e prático da estrutura específica do currículo	147
3.4.6. Método de avaliação.....	148
3.5 – Os recursos do curso de enfermagem.....	151
3.5.1. Pessoal docente de enfermagem.....	152
3.5.2. Pessoal docente estrangeiro	152
3.5.3. Salas de Habilidades.....	152

3.5.4. Biblioteca.....	153
3.5.5. Locais de Estágio	153
3.6. A primeira geração de Enfermagem - 2008-2011	154
4.RESULTADOS	167
4.1. O sucesso académico.....	167
4.2. A aprendizagem no 1º ano - perspetiva dos estudantes.....	168
Questionário a estudantes do 1º Ano - 2014	169
Caraterização dos estudantes do 1º Curso	170
4.3. Aprendizagem no fim do curso - Sessões de grupos focais no 4º ano	173
4.4. Os enfermeiros graduados da Universidade Católica de Moçambique de 2011 a 2014	178
4.5. Opinião dos enfermeiros chefe e responsáveis pelos graduados.....	182
4.7. Avaliação do Método PBL na formação de enfermagem.....	184
4.7.1. Perspetiva dos docentes	184
4.7.2. Perspetiva dos tutores.....	185
4.7.3. Perspetiva dos estudantes	185
4.7.4. Os constrangimentos e dificuldades	188
5 – PERSPETIVAS DE DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM NA UCM	191
CONCLUSÕES.....	197
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	201

Índice de Figuras

Figura 1- Mapa de Moçambique	47
Figura 2- Pirâmide etária de Moçambique	49
Figura 3- População vivendo com HIV em Moçambique 2011	63
Figura 4 - Distribuição de unidades hospitalares por província em Moçambique	66
Figura 5 - Distribuição percentual do pessoal do serviço nacional de saúde, por nível de escolaridade, Moçambique 2013-2014	67
Figura 6 - Taxa de baixo peso a nascença, Moçambique 2012-2014	67
Figura 7 - Taxa de baixo peso a nascença por província Moçambique, 2014	68
Figura 8 - Nas Universidades públicas, a relação entre os matriculados e os graduados	70
Figura 9 - Estudantes matriculados e graduados do Ensino Superior Público, Moçambique 2010-2014	73
Figura 10 - Estudantes matriculados e graduados no Ensino Superior Privado, Moçambique 2010-2014	74
Figura 11 - Alguns princípios da aprendizagem que fundamentam a PBL	94
Figura 12 - Objetivos fundamentais do Currículo de Enfermagem 2008	108
Figura 13 - Perfis de competência a atingir ao longo dos 4 anos	120
Figura 14 - Estrutura Curricular do 1º Ano	122
Figura 15 - Estrutura Curricular do 2º Ano	125
Figura 16 - Estrutura Curricular do 3º Ano	129
Figura 17 - Estrutura Curricular do 4º Ano	157
Figura 18 - Rendimento académico no 1º Ano	158
Figura 19 - Rendimento académico no 2º Ano	159
Figura 20 - Rendimento académico no 3º Ano	160
Figura 21 - Rendimento académico no 4º Ano	161
Figura 22 - Panorama geral do rendimento académico da 1ª geração de Enfermagem	163
Figura 23 - Focos do desenvolvimento de enfermagem futuro	195

Índice de quadros

Quadro 1- Distribuição da população por sexo e densidade populacional segundo província, Moçambique 2014	49
Quadro 1 - Alguns indicadores sociais, demográficos e de serviços de saúde, em Moçambique	50
Quadro 3 - Unidades hospitalares segundo província, Moçambique 2014	65
Quadro 4 - Distribuição percentual dos estudantes matriculados e graduados no ensino público por área de formação, Moçambique 2014	70
Quadro 5 - Estudantes matriculados e graduados no ensino privado por área de formação, Moçambique 2014	71
Quadro 6 - Pessoal da Faculdade de Ciências de Saúde	89
Quadro 7 - Novos ingressos de 2016 FCS-UCM	90
Quadro 8- Numero total de estudantes na FCS-UCM – 2016	90
Quadro 9 - Descrição dos papéis dos participantes do grupo tutorial	96
Quadro 10 - Passos de um grupo tutorial	97
Quadro 11 - Relação entre os Sete Passos e os fundamentos da aprendizagem	98
Quadro 12 - Créditos do Curso de Enfermagem	113
Quadro 13 – Orientações para trabalhos de pesquisa	129
Quadro 14 -1º Ano: Enfermagem Fundamental	133
Quadro 15 - 2º Ano: Enfermagem Médico-cirúrgico	136
Quadro 16 - 3º Ano: Enfermagem Especialidades	140
Quadro 17 – 4º Ano: Enfermagem Profissional	143
Quadro 18 - Conteúdo teórico e prático da estrutura específica do currículo	146
Quadro 19 - Sistema de Avaliação	147
Quadro 20 - Número de graduados de Enfermagem	166
Quadro 21 - Localidades de Trabalho	167
Quadro 22 - Resposta aberta do inquérito	170
Quadro 23 - Resposta aberta ao Inquérito, dificuldades e benefícios do PBL	171
Quadro 24 - Caracterização dos estudantes de 2014 segundo o sexo	175
Quadro 25 - Questões norteadoras da entrevista	178
Quadro 26 - Entrevista aos graduados que trabalham para o Estado	179
Quadro 27 - Entrevistas a enfermeiro chefe dos enfermeiros graduados da UCM	182
Quadro 28 - Avaliação do Exame de OSCE- estudantes do 1º Ano	186
Quadro 29 - Avaliação dos tutoriais - 1º Ano	187

Índice de Anexos

ANEXO I - FOCUS GRUP

ANEXO II - PROPOSTA DE INQUÉRITO PARA ESTUDANTES

ANEXO III - ENTREVISTAS A CHEFES DE SERVIÇO

ANEXO IV - ENTREVISTA AO ENFERMEIRO GRADUADO DA UCM

ANEXO V - RESUMO DA AVALIAÇÃO DO MÓDULO DO CURSO DE ENFERMAGEM

ANEXO VI - MODELO DE AVALIAÇÃO DE E MÓDULO

ANEXO VII - MODELO DE AVALIAÇÃO DE MÓDULO DE 4º ANO

ANEXO VIII - EXAME DE MÓDULO ENFERMAGEM PEDIÁTRICA 2016

ANEXO IX - MANUAL DE ESTAGIO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

ANEXO X - MANUAL DE ESTÁGIO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA 2016

ANEXO XI - GUIA DE ESTUDANTE

ANEXO XII - GUIA DE TUTOR

ANEXO XIII - AUTOAVALIAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM POR MÉTODO SWOT -
2015

INTRODUÇÃO

A formação dos enfermeiros tem uma longa história. Mesmo recuando até à escola do Hospital de Santo Thomas, fundada por Florence Nightingale, encontramos um longo percurso, desde o “treinamento” das enfermeiras – na globalidade do que esta palavra pode significar – até às atuais teorias de aprendizagem e modelos de ensino, como é o caso da aprendizagem baseada em problemas que a língua inglesa permite simplesmente denominar de PBL, sigla do inglês (*Problem Based Learning*).

A aprendizagem baseada em problemas (PBL) permite ao estudante aprender a decidir. De facto, vivemos um momento de profundas transformações cognitivas, sociais e emocionais, associadas a um rápido desenvolvimento tecnológico e a um aumento exponencial da informação em constante mudança, com que os cidadãos em geral se confrontam, e a que os estudantes não são alheios. Nesta “sociedade da informação e do conhecimento” o saber revela-se um fator determinante para o sucesso académico (Dores, Barreto, & Prudêncio, 2009). Neste contexto, não se pretende um saber unicamente confinado à acumulação de conhecimentos teóricos, memorizados e rapidamente perecíveis, mas um saber que inclua as dimensões cognitiva (“saber-saber”), psicomotora (“saber-fazer”) e afetiva (“saber-ser”). Como refere Simpson (1972), mas sobretudo um saber que permita saber-decidir em cada momento, no contexto em que se está inserido. Ou seja, é fundamental que à aquisição e desenvolvimento do saber, se alie a conceção do conhecimento como construção em permanente desenvolvimento ao longo da vida (Canário, 2003).

Apesar da disseminação do PBL, não são muitos os casos da sua introdução no ensino de enfermagem, como modelo de organização do currículo. Encontra-se na literatura científica frequentes referências ao método em unidades curriculares avulsas, ou até como “inspiração”, mas são também frequentes as referências à dificuldade de organização de um plano de estudos para enfermagem em PBL.

Neste contexto, tornou-se óbvia a pertinência de estudar o caso do curso de Enfermagem na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Moçambique, que realizamos com os objetivos de conhecer as vantagens do seu uso na enfermagem, mas também os constrangimentos e dificuldades de aplicação na enfermagem.

Para atingirmos os nossos objetivos, neste relatório começamos por aprofundar o método a utilizar (capítulo 1) e depois estudamos o contexto do caso (capítulo 2). Tratando-se de estudar um curso de Enfermagem, o contexto não poderia deixar de se referir à enfermagem num mundo cada vez mais global, e à própria história e desenvolvimento da formação em enfermagem, quanto à realidade da saúde e formação superior em Moçambique. Ainda no contexto, importava conhecer melhor e perceber como foi o PBL inserido na Universidade Católica de Moçambique (UCM). No capítulo 3 analisa-se o curso de Enfermagem em estudo, relata-se o desenvolvimento curricular, os recursos e dificuldades, com destaque para os atores principais: os estudantes do primeiro curso. No capítulo 4 analisam-se resultados, resultantes de diferentes formas de colheita de dados e de análise, para se poder depois concluir sobre a importância e dificuldades do PBL na visão de docentes, estudantes e empregadores.

Termina-se com uma visão prospetiva sobre o desenvolvimento necessário e esperado para a formação dos enfermeiros na UCM. Temos consciência que este trabalho deve ser continuado, no acompanhamento do curso e na sua melhoria contínua; e na disseminação dos resultados encontrados, poderemos agregar parceiros para estudos comparativos que permitam aperfeiçoar métodos e melhorar resultados.

1. O MÉTODO – ESTUDO DE CASO

Neste Capítulo desenvolve-se conceptualmente o método usado no presente estudo, justificam-se as opções realizadas, bem como as adaptações e constrangimentos encontrados.

1.1. Conceitos e Fundamentos

Os estudos de caso vêm sendo usados há muito tempo em diferentes áreas de conhecimento, tais como: sociologia, antropologia, medicina, psicologia, serviço social, direito, administração, com métodos e finalidades variadas. A origem dos estudos de caso na sociologia e antropologia remonta ao final do século XIX e início do século XX, com Frédéric Le Play, na França, e Bronislaw Malinowski e membros da Escola de Chicago, nos Estados Unidos. O principal propósito desses estudos era realçar as características e atributos da vida social (Hamel, 1993). Na medicina, na psicanálise, na psicologia e no serviço social, os estudos de caso tinham inicialmente uma finalidade clínica: diagnosticar um problema apresentado por um sujeito e acompanhar o seu tratamento. Em direito, administração e medicina foram (e ainda são) usados como recurso didático, seja com a finalidade de ilustrar o uso de um procedimento, seja para estimular, em situação de ensino, o debate de um tema. Com uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores, afirma-se que esta abordagem se adapta à investigação em educação, quando o investigador

procura respostas para o “*como?*” e o “*por quê?*” com o objetivo de ter uma interação entre fatores e eventos, e entre um indivíduo, um personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade ou mesmo uma nação. Com o objetivo de procurar descobrir o que há nela de mais essencial e característico.

Yin (2015) classifica melhor como os estudos de caso podem ser feitos: primeiro definir claramente o problema a ser pesquisado, tendo a certeza que é uma estratégia que vai resolver o problema; depois, desenhar a estrutura da colheita de dados e apresentação das perguntas principais (que pode ser uma ou várias), desde que tudo possa ser uma ajuda e não uma interferência; e no fim decidir se o estudo de caso será global, abrangendo todos os elementos do caso como um todo. Esta abordagem merece melhor desenvolvimento, que se apresenta nos subcapítulos seguintes.

1.2. Características básicas de um Estudo de Caso

Consideram-se algumas características básicas de um estudo de caso, entre outras:

- É um estudo *holístico*, abrangendo a globalidade do contexto;
- É um estudo *empírico* que obtém informações por diversos meios;
- É um estudo *interpretativo* que se apoia na intuição do investigador;
- É “um sistema limitado” que tem fronteiras temporais, de eventos ou processos, mas que podem não ser claras nem muito precisas;
- É um caso sobre “algo” que necessita de ser identificado para conferir foco e direção à investigação;

Num estudo de caso é preciso preservar o carácter “único, específico, diferente, complexo do caso”; e a investigação decorre em ambiente natural sem manipulação de qualquer variável. O investigador recorre às fontes múltiplas de dados e aos métodos de recolha diversificados: observações diretas e indiretas,

entrevistas, questionários, narrativas, registros de áudio e vídeo, diários, cartas, documentos, entre outros (Coutinho, 2009)

1.3. O Estudo de Caso como Estratégia de Investigação Científica

Para alguns autores o estudo de caso caracteriza-se como o estudo profundo de um objeto, de maneira a permitir amplo e detalhado conhecimento sobre o mesmo. Outros autores caracterizam o estudo de caso como um meio de organizar dados e reunir informações, tão numerosas e detalhadas quanto possível, a respeito do objeto de estudo de maneira a preservar seu carácter unitário. Pode ainda ser adaptado para uma história de um fenómeno, passado ou pode ainda presente, desenhado a partir de múltiplas fontes de evidência, nas quais se incluem dados obtidos tanto em observações diretas e entrevistas sistemáticas, como em arquivos públicos ou privados. Cada facto relevante é organizado em conjunto de eventos descritos no fenómeno, dado potencial para o estudo a desenvolver.

Considera-se ainda que o estudo de caso orienta a reflexão sobre uma cena, evento ou situação, produzindo uma análise crítica que leva o pesquisador à tomada de decisões e/ou à proposição de ações transformadoras. Por sua natureza, caracteriza-se por ter um objeto determinado, como a nível de comunidade, ou a história de vida de uma pessoa ou um processo terapêutico. Caracteriza-se, também, pela sua abrangência, dado que a complexidade do estudo está determinada pelo referencial teórico que orienta o pesquisador. Ressalta-se, ainda, que a situação a ser estudada não pode ser isolada do seu contexto, pois o estudo de caso deve ser realizado com vista a promover uma análise do contexto e dos processos envolvidos no fenómeno em estudo, considerando-se o interesse do pesquisador que deve ser com respeito à relação fenómeno-contexto.

Com referência à condução de um estudo de caso, não existe uma forma única. As várias técnicas de investigação podem ser combinadas tendo em vista o propósito da pesquisa. Para muitos, pode aparecer que o estudo de caso é uma pesquisa fácil, mas ela é extremamente complexa; daí a necessidade da identificação das condições da investigação e da preparação do pesquisador, porque tem que lidar com inúmeras variáveis de interesse e não apenas com “pontos” de dados; para isso deve-se seguir um conjunto de procedimentos pré-especificados.

Apesar do estudo de caso ser abordado frequentemente como ferramenta exploratória, também se considera que é uma ferramenta explanatória. Para isso, devem ser atendidas algumas condições, tal como o tipo de pergunta da pesquisa. É adequado para responder a perguntas do tipo **‘como’ e ‘por que’**, pois assim se possibilita um estudo aprofundado do fenómeno. Outra condição é a observação do tipo de controlo que o pesquisador tem sobre os eventos e qual o enfoque dado por ele ao fenómeno ou acontecimentos contemporâneos em que não se pode controlar comportamentos considerados relevantes, porque os fenómenos e contextos nem sempre estão discerníveis dentro do contexto da vida real. Neste procedimento quer-se, deliberadamente, lidar com condições contextuais, pois acredita-se que essas condições são altamente pertinentes ao fenómeno investigado e o pesquisador entra no mundo do indivíduo, observando a atividade da vida real; o que não significa menor rigor na colheita e análise dos dados.

O estudo de caso baseia-se em várias fontes de evidências e, como qualquer outra estratégia de pesquisa, apoia-se nas proposições teóricas pré-estabelecidas para conduzir a colheita e a análise dos dados. Assim, a teoria serve como modelo para análise e comparação dos resultados e possibilita a **‘generalização teórica’**, isto é, generalizações a proposições teóricas e não a populações, uma vez que o objetivo da pesquisa de estudo de caso é expandir e generalizar teorias. Por isso a sua estratégia como método de pesquisa requer a apresentação rigorosa dos dados e a delimitação teórica prévia. A unidade teórica de análise deve especificar as questões

primárias de pesquisa. Essa seleção apropriada conferirá robustez ao estudo: portanto, não uma forma de se colher evidências, mas a possibilidade de aprofundamento e compreensão do objeto de estudo, caracterizando-se como estudo intensivo de uma situação ou contexto específico (Yin, 2015).

Num estudo de caso a escolha da amostra (caso) adquire um sentido muito particular (Bravo & Eisman, 1998). De facto, a seleção da amostra é fundamental, pois constitui o cerne da investigação. Apesar da seleção da amostra ser extremamente importante, Stake (1998) adverte que a investigação, num estudo de caso, não é baseada em amostragem. Ao escolher o “caso” o investigador estabelece um fio condutor lógico e racional que guiará todo o processo de recolha de dados (Creswell, 1994). Não se estuda um caso para compreender outros casos, mas para compreender o “caso”. Segundo Bravo e Eisman (1998), a constituição da amostra é sempre intencional baseando-se em critérios pragmáticos e teóricos, em detrimento dos critérios probabilísticos, procurando as variações máximas e não a uniformidade. A mesma autora identifica seis tipos de amostras (intencionais ou teóricas) passíveis de serem utilizadas em estudo de caso:

- Amostras extremas (casos únicos);
- Amostras de casos típicos ou especiais;
- Amostras de variação máxima, adaptadas a diferentes condições;
- Amostras de casos críticos;
- Amostras de casos sensíveis ou politicamente importantes;
- Amostras de conveniência.

Estas amostras evidenciam características distintas das amostras probabilísticas presentes nas investigações de carácter quantitativo (Guba, 1994; Yin R. K., 1994; Bravo & Eisman, 1998), ou processos de amostragem são dinâmicas e sequenciais. Neste estudo abordaremos o “caso único”.

1.4. O Estudo de Caso Qualitativo.

Nisbett e Watts citados por André (2005) indicam que o desenvolvimento dos estudos de caso segue, em geral, três fases: fase exploratória ou de definição dos focos de estudo; fase de colheita dos dados ou de delimitação do estudo; e fase de análise sistemática dos dados. São definidas como três fases, mas de facto, são referências para a condução dos estudos de caso, pois a pesquisa é uma atividade criativa e como tal pode requerer conjugação de duas fases, desdobramento ou extensão de uma delas, criação de outras. A fase exploratória é o momento de definir a(s) unidade(s) de análise – o caso, confirmar (ou não) as questões iniciais, estabelecer os contactos iniciais para entrada em campo, localizar os participantes e estabelecer mais precisamente os procedimentos e instrumentos de colheita de dados. O estudo do caso começa com um plano muito aberto, que se vai delineando mais claramente à medida que o estudo avança. A pesquisa tem como ponto inicial uma problemática, que pode ser traduzida em uma série de questões, em pontos críticos ou em hipóteses provisórias. A problemática pode ter origem na literatura relacionada com o tema, ou pode ser uma indagação decorrente da prática profissional do pesquisador, ou a continuidade de pesquisas anteriores, ou, ainda, pode nascer de uma demanda externa, como a pesquisa avaliativa. As questões ou pontos críticos iniciais tendem a modificar-se, conforme o estudo caminha: alguns afirmam, mostrando-se realmente relevantes para aquela situação, outros terão que ser descartados pela sua pouca pertinência ao caso e aspetos não previstos podem vir a ser incorporados ao estudo. As abordagens qualitativas de pesquisa fundamentam-se numa perspectiva que concebe o conhecimento como um processo socialmente construído pelos sujeitos nas suas interações quotidianas, enquanto atuam na realidade, transformando-a e sendo por ela transformados. Assim, o mundo do sujeito, os significados que atribuem às suas experiências cotidianas, à sua linguagem, às suas produções culturais e suas formas de interações sociais constituem os núcleos centrais de preocupação dos pesquisadores. Se a visão da realidade é construída pelos sujeitos,

nas interações sociais vivenciadas no seu ambiente de trabalho, de lazer, na família, torna-se fundamental uma aproximação do pesquisador a essas situações.

Peres e Santos (2014) destacam três pressupostos básicos que devem ser levados em conta ao se optar pelo uso do estudo de caso qualitativo: i) o conhecimento está em constante processo de construção; ii) o caso envolve uma multiplicidade de dimensões; e iii) a realidade pode ser compreendida sob diversas óticas. O primeiro pressuposto implica uma atitude aberta e flexível por parte do pesquisador, que se apoia em um referencial teórico, mas não se fixa rigidamente nele, pois fica atento a aspectos novos, relevantes, que podem surgir no decorrer do trabalho. O segundo pressuposto requer que o pesquisador procure utilizar uma variedade de fontes de dados, de métodos de colheita, de instrumentos e procedimentos, fenômeno investigado e evitar interpretações unilaterais ou superficiais. O terceiro pressuposto exige uma postura ética do pesquisador, que deve fornecer ao leitor as evidências que utilizou para fazer as suas análises, ou seja, que descreva de forma acurada os eventos, pessoas e situações observadas, transcreva depoimentos, extratos de documentos e opiniões dos sujeitos/participantes, busque intencionalmente fontes com opiniões divergentes. Com esses elementos, o leitor pode confirmar – ou não – as interpretações do pesquisador, além de empreender generalizações e interpretações próprias.

Stake (1994) explica que o que caracteriza o estudo de caso qualitativo não é um método específico, mas um tipo de conhecimento: “Estudo de caso não é uma escolha metodológica, mas uma escolha do objeto a ser estudado”. O conhecimento gerado pelo estudo de caso é diferente do de outros tipos de pesquisa porque é mais concreto, mais contextualizado e mais voltado para a interpretação do leitor.

Estudos de caso podem ser usados em avaliação ou pesquisa educacional para descrever e analisar uma unidade social, considerando as suas múltiplas dimensões e a sua dinâmica natural. Na perspectiva das abordagens qualitativas e no contexto das situações escolares, os estudos de caso que utilizam técnicas etnográficas de observação participante e de entrevistas intensivas possibilitam reconstruir os

processos e relações que configuram a experiência escolar diária. Se o interesse é investigar fenômenos educacionais no contexto natural em que ocorrem, os estudos de caso podem ser instrumentos valiosos, pois o contato direto e prolongado do pesquisador com os eventos e situações investigadas possibilita descrever ações e comportamentos, captar significados, analisar interações, compreender e interpretar linguagens, estudar representações, sem desvinculá-los do contexto e das circunstâncias especiais em que se manifestam. Assim, permitem compreender não só como surgem e se desenvolvem esses fenômenos, mas também como evoluem num dado período de tempo. É nesta perspectiva que abordaremos este estudo.

1.5. Três princípios na recolha de dados.

Os três princípios para a recolha de dados são segundo Yin (2015): i) Usar múltiplas fontes de evidências - o uso de múltiplas fontes de evidência permite o desenvolvimento da investigação em várias frentes (investigar vários aspetos em relação ao mesmo fenómeno). As conclusões e descobertas são assim mais convincentes e apuradas já que advêm de um conjunto de confirmações. Além disso os potenciais problemas de validade do estudo são atendidos, pois as conclusões, nestas condições, são validadas através de várias fontes de evidência. ii) Construir, ao longo do estudo, uma base de dados, embora no estudo de caso a separação entre a base de dados e o relato não seja vulgarmente encontrada. Os registos podem efetuar-se através de notas, documentos e narrativas (interpretações e descrições dos eventos observados, registados...). iii) Formar uma cadeia de evidências. Construir uma cadeia de evidências consiste em configurar o estudo de caso de tal modo que se consiga levar o leitor a perceber a apresentação das evidências que legitimam o estudo, desde as questões de pesquisa até às conclusões finais.

Para assegurar a condição de cientificidade do estudo de caso, é fundamental considerar vários aspetos que podem constituir pontos frágeis. Merecem particular

atenção: a seleção dos casos, a colheita e o registro de dados, sua análise e a interpretação, bem como o planejamento e o preparo do pesquisador.

A sustentação teórica é um aspecto fundamental no estudo de caso, que, “em sua particularidade, só pode aspirar à cientificidade integrado num processo de pesquisa global onde o papel da teoria não é deformado, onde a crítica epistemológica dos problemas e dos conceitos não é negligenciada” (Bruyne & Schoutheete, 1977). Para se evitar esse risco, afirmam os mesmos autores, é necessário que os estudos de caso “não se limitem a descrições, por mais completas que sejam, mas que sejam orientados por hipóteses, apoiados em conceitos e que a colheita de dados seja dirigida por um esquema teórico”. O referencial teórico reflete-se na análise dos dados, considerada outro ponto delicado. Segundo Krippendorff (1980), a análise dos dados deve seguir técnica de pesquisa adequada, de forma a possibilitar a realização de inferências dos dados que sejam válidos para o seu contexto e que possam ser replicáveis. “Esta concepção ressalta a diversidade possível de formas e ângulos através dos quais a análise pode vir ser realizada e também dos diferentes enfoques a que essa análise pode estar subordinada”.

Considerando a importância do estudo de caso como método de investigação e sua importância para o campo das ciências humanas e sociais, em que fenômeno e contexto estão firmemente imbricados. Seguidamente, apresentam-se algumas reflexões relativas às situações específicas de utilização do estudo de caso. A primeira examina a possibilidade de seleção de estudo de caso a partir de pesquisa quantitativa. A segunda expõe a análise de casos clínicos como procedimento de pesquisa em estudo de caso documental. A terceira tece considerações sobre a importância do estudo de caso na construção da teoria clínica.

Ressalta-se que o estudo de caso, ao permitir a integração do ponto de vista de diferentes áreas disciplinares, orienta-se para uma visão que, contrapondo-se à tendência de fragmentação e disjunção do conhecimento científico, tende à

preservação da condição de complexidade do ser humano, valor fundamental na perspectiva de Yin (1994) e de Morin (2000).

1.6. Delimitação do foco do estudo

Uma vez identificados os elementos-chave e os contornos aproximados do estudo, o pesquisador pode proceder à colheita sistemática de dados, utilizando fontes variadas, instrumentos (mais ou menos estruturados), em diferentes momentos e em situações diversificadas. A importância de delimitar os focos da investigação decorre do facto de que não é possível explorar todos os ângulos do fenómeno num tempo razoavelmente limitado, como acontece no âmbito de um estudo para doutoramento. A seleção de aspetos mais relevantes e a determinação do recorte são, pois, cruciais para atingir os propósitos do estudo e uma compreensão da situação investigada. Bassegy (2003) considera que há três grandes métodos de colheita de dados nos estudos de caso: fazer perguntas (e ouvir atentamente), observar eventos (e prestar atenção no que acontece) e ler documentos. O autor lembra que há um grande número de manuais indicando como elaborar questionários, como conduzir entrevistas, como elaborar roteiros de observação, mas o que vai guiar uma ou outra escolha, sem dúvida, é o problema de pesquisa e o que se quer conhecer. Assim se fez neste estudo.

2. O CONTEXTO DO CASO

Constituem atualmente desafios de desenvolvimento de Moçambique a consolidação da paz e a unidade nacional. Perante a tensão político-militar prevalecente, a revitalização económica, principalmente através da agricultura e da indústria extrativa, a melhoria da precariedade social, o combate à pobreza e a provisão de serviços públicos de qualidade e a inserção do país no mundo.

Os desafios do ensino superior moçambicano ser dentre outros, a qualidade de ensino ministrado, a sua consolidação e diferenciação funcional, o seu financiamento, a sua governação e a investigação.

A vontade do estado moçambicano expressa o sentido de potenciar o ensino superior como uma das principais alavancas para responder às exigências de desenvolvimento do país, conscientes de que até à sua efetiva operacionalização há ainda um longo caminho por percorrer.

Apesar da ampliação da acessibilidade ao ensino superior à escala nacional, da diversificação de cursos de formação e tipos de instituições, bem como da introdução de novos ciclos de formação como de mestrado e doutoramento, a qualidade dos produtos, graduados e resultados de investigação está abaixo dos patamares a nível regional e internacional.

Observa-se como ameaça a expansão descontrolada de instituições de ensino superior particularmente as instituições privadas, sem recursos humanos em quantidade e qualidade suficientes, na sua estrutura de gestão. Paralelamente, verifica-se um baixo nível de investimento em serviços de apoio pedagógicos como

bibliotecas, laboratórios e recursos tecnológicos, sociais, residências e refeitórios estudantis, culturais, locais de anfiteatros e desportivos.

A modicidade de recursos humanos especializados, a falta de ações de inspeção e de avaliação das instituições de ensino superior e o fraco cumprimento da legislação que as regula, para além da sensação de banalização do ensino superior, nas instituições privadas como públicas, dedicam-se quase que exclusivamente (apenas) ao ensino predominantemente em cursos de graduação, deixando a investigação e a extensão universitária para um plano secundário. Tais constatações impõem a necessidade de se “reinventar” o ensino superior em Moçambique (Barroso, 2016).

2.1. Enfermagem: a profissão e a formação atual em Moçambique

2.1.1. Do início da Enfermagem

A humanidade tem visto diferentes formas do cuidar através de sua história muito antes da enfermagem como profissão. O cuidar na antiguidade era praticado somente no círculo familiar. Na Grécia e Roma antigas, os deuses eram responsabilizados por influenciar a cura. E em outros tempos houve, quem cuidava dos doentes eram as mulheres da nobreza, esse tipo de trabalho, com o passar dos tempos, foi relegado aos escravos e às mulheres camponesas. Com o advento do cristianismo, as mulheres que cuidavam dos enfermos passam a ter um maior reconhecimento e respeito, dando início à Ordem das Diaconisas. Mesmo assim, em várias partes do mundo, os homens ainda eram considerados mais capacitados para o cuidar. Na Índia, as mulheres eram consideradas impuras. Somente os homens tinham permissão para realizar massagens nos enfermos, dar banhos e ajudar a caminhar. E na Arábia Saudita as mulheres eram também consideradas incapacitadas para cuidar dos enfermos. Na idade média, com o declínio dos grandes impérios,

houve o fortalecimento da religiosidade, normalmente com a ascensão da igreja católica. Período da idade media que ficou marcado por grandes epidemias e pestes que assolavam a sociedade, que era ambientalmente teológica. A doença era vista e pregada pela Igreja como um castigo de Deus, reparação dos pecados ou, no caso dos distúrbios mentais, como uma possessão demoníaca. O tratamento do enfermo era pautado por exorcismos, penitências, orações e unções para afastar os maus espíritos, para a purificação da alma e as funções de sacerdotes e médico eram acumuladas pelos clérigos. A igreja considerava as ciências, em especial a medicina, como blasfêmia perante o evangelho, por isso não havia pesquisas científicas. As práticas médicas eram consideradas desnecessárias, as medidas terapêuticas foram substituídas pelo conforto espiritual, portanto, a morte era considerada uma libertação do sofrimento. Ainda no período medieval, as ordens monásticas criaram os primeiros hospitais, que abrigavam os doentes e os pobres. A assistência era destinada ao conforto espiritual e não para a cura. Somente no final da Idade média é que foram criados códigos sanitários visando a melhoria nas condições de higiene das cidades, já que ainda persistia como modelo explicativo das doenças a teoria miasmática, que preconizava a transmissão das mesmas através da inalação do ar corrompido por matérias em decomposição.

A visão do cuidar como forma de caridade, de amor ao próximo e de humildade adotada pela igreja em algumas ordens religiosas em que se fundamenta a história da enfermagem, onde o leigo executava os cuidados dentro desse conceito de altruísmo. O cristianismo proporcionou às mulheres, solteiras e viúvas, a oportunidade de realizar um trabalho de assistência aos pobres e doentes com a criação das ordens cristãs, como as irmãs da Caridade. Com o passar do tempo foram surgindo novas associações cristãs. Esse é o elo entre a assistência promovida pelas ordens religiosas e a prática de enfermagem proposta por Florence Nightingale.

2.1.2. Florence Nightingale – O Olhar Científico do Cuidar

Nascida em 12 de maio de 1820, de família rica, Florence Nightingale era extremamente religiosa, tinha por convicção ajudar os pobres e os doentes, diminuindo, dessa forma, o seu sofrimento. É considerada em todo o mundo, como fundadora da enfermagem moderna. Foi educada dentro da aristocracia, aprendeu religião, matemática, filosofia e vários idiomas. Durante uma viagem cultural visitou Kaiserswerth, na Alemanha, onde conheceu o trabalho exercido pela Ordem das Diaconisas, da Igreja Luterana. Então aos trinta anos toma a decisão de dedicar sua vida à enfermagem, assim, inicia seu treinamento em Kaiserswerth. Acompanhou também, o trabalho desenvolvido pelas Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, no Hotel-Dieu, em Paris. Observou e realizou anotações, listas de funções, gráficos das atividades assistenciais e administrativas realizadas pelas irmãs. Quando na guerra da Crimeia, em 1854, Florence foi nomeada superintendente do grupo de enfermeiras que foi enviado para prestar assistência em saúde aos feridos de guerra.

“Após o primeiro mês, Florence já havia implantado medidas de higiene ambiental, enfermarias arejadas, roupas de cama e pessoais lavadas e melhor alimentação hospitalar. Para os convalescentes, criou espaços para atividades e leitura. Pelo hábito de utilizar uma lâmpada à noite quando ia cuidar dos doentes, ficou conhecida como “a dama da lâmpada”. Foi pioneira na criação de métodos e normas para os cuidados com o doente e o ambiente. Suas anotações serviram de base para a enfermagem profissional com a criação da escola de enfermagem no hospital Saint Thomas, em Londres. Florence Nightingale faleceu a 13 de Agosto de 1910, em Londres, com noventa anos de idade” (Costa, 2009).

- Legado de Florence Nightingale

Florence Nightingale foi uma mulher extraordinária e a força motriz que desencadeou o longo mas firme processo de transformação na prática da enfermagem moderna. Surpreendedora e criativa para a sua época, Florence deixou-nos muitos motivos de reflexão, que ainda hoje nos surpreendem pela sua atualidade. Os seus ideais foram implementados por todo o mundo e enraizaram-se de forma indelével e incessante. A sua obra foi o resultado de muita dedicação e aperfeiçoamento das suas ideias

originais. A promoção da saúde, a prevenção da doença e o cuidado dos doentes com enfoque no ambiente foram os pilares centrais da sua conceção de enfermagem. Mulher forte, perseverante e calorosa, era possuidora de um carácter de liderança e comungava uma profunda crença no agir segundo as ordens de Deus, pelo que agia com sentido de missão. Conheceu a fama e a frustração, o poder e a derrota, superando tudo isso. Segundo Lopes e Santos (2040), Florence Nightingale, personagem de visão abrangente e humanizante, acreditava que a prática de enfermagem devia vir do coração. Os autores consideram que sempre evidenciou provas de coragem e devoção, sendo as suas reformas resultantes de um trabalho intenso, desempenho firme e autoridade tranquila. Foi assim em simultâneo guia e modelo, mantendo-se fiel à sua vocação até ao fim da vida.

2.1.3. Enfermagem em Moçambique: evolução histórica

Até 1975, o sistema de saúde, incluindo a formação dos profissionais da saúde em Moçambique estava organizado segundo a política do governo português. No caso particular da Enfermagem havia duas categorias: Auxiliar de Enfermagem, com nível básico; e Enfermeiro Geral, com nível médio, cujos requisitos de ingresso eram ter a 4ª série, último nível de ensino fundamental, e 5º ano dos liceus, nível médio completo respetivamente. No país existia uma única escola de Enfermagem do governo, a chamada Escola de Enfermagem Calouste Gulbenkian e outras ligadas a igrejas tais como a Igreja Metodista em Maciene e a Igreja Missão Suíça em Chicumbane, que formavam Auxiliares de Enfermagem. A formação dos Auxiliares era feita em dois anos e a do Enfermeiro Geral era em três anos (Monjane, 2013).

Depois da independência e da decisão política da nacionalização de todas as unidades sanitárias, seguiu-se o abandono do país por grande parte do pessoal da saúde (Conceição, 2011). Com a carência de profissionais de saúde, o governo de Moçambique iniciou a formação destes profissionais para responder às necessidades extremas de recursos humanos nos hospitais, centros e postos de saúde do país.

Dentre os profissionais de saúde de maior carência numérica, estavam os enfermeiros. Assim, em simultâneo com a formação destes profissionais, foram realizadas reformas na carreira de Enfermagem, implementando dois grupos de profissionais: os do grupo A formados em 2 anos; e os do grupo B formados em 18 meses. E, como a necessidade de ter enfermeiros nos hospitais era grande e urgente, foi acrescentado mais um nível temporariamente, o elementar, com a duração de 12 meses, para cobrir os postos e centros de saúde nas periferias (Monjane, 2013). No momento, os profissionais de enfermagem estão subdivididos em dois níveis o básico e o médio. O primeiro com a duração de 18 meses e o segundo com a duração 24 meses e são formados pelo Ministério da Saúde (MISAU), sob a responsabilidade imediata do Departamento de Formação (DF), submetido à Direção de Recursos Humanos do referido Ministério, através de 15 Instituições de Formação (IdFs) localizadas em todas as províncias do país. Os planos curriculares dos cursos são definidos e produzidos pelo DF e posteriormente enviados aos utilizadores que são as IdFs.

O Ministério da Saúde é o órgão responsável pela elaboração dos Projetos Pedagógicos e pela formação de técnicos de saúde de nível básico e médio. O mesmo normaliza e monitoriza as diretivas de gestão pedagógica, além de efetuar a planificação anual dos cursos de cada Instituição, em coordenação com direções provinciais, com as instituições de formação e no âmbito do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos vigentes. O Ministério da Educação aprova os programas e reconhece os graus de formação.

Em 2003, foi aprovada a criação do primeiro Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA) em Maputo: uma instituição pública e politécnica, que ministra vários e diferentes cursos da área de saúde, incluindo a Enfermagem.

Em 2003 teve início o primeiro curso de Enfermagem de nível superior e a primeira turma graduou-se em 2006, na Universidade Eduardo Mondlane. Depois desta turma, não se deu mais continuidade ao curso, ficando só 14 enfermeiros de nível superior

formados em Moçambique, dois deles apoiaram na criação do curso de Enfermagem da UCM.

2.1.4. Oferta de enfermagem universitária em Moçambique

O **Instituto Superior de Ciências da Saúde (ISCISA)** de Moçambique é uma instituição de ensino superior politécnico, público que tem como missão formar profissionais, com conhecimentos necessários para identificar e resolver problemas de saúde das populações, baseada em princípios éticos e deontológicos com alto sentido de responsabilidade e pertinência na sociedade, a instituição foi fundada em 2004, tem a sua sede em Maputo.

No ISCISA, funcionam 13 (treze) cursos de Licenciatura em Tecnologias de Saúde: Enfermagem Geral, Enfermagem em Saúde Materna, Enfermagem Pediátrica, Tecnologia Biomédica Laboratorial, Técnicos de Cirurgia, Administração e Gestão Hospitalar, Psicologia Clínica, Terapia Ocupacional, Anatomia Patológica, Fisioterapia, Saúde Pública, Nutrição e Radiologia, que abrangem mais de 1000 estudantes. Até 2014 graduaram-se 365 quadros e mais de 90% já estão enquadrados pelo ministério, na maior parte nos distritos.

A Faculdade de Ciências de Saúde (FCS) da UCM é uma instituição privada localizada na cidade da Beira. No ano 2008 inicia o curso Superior de Enfermagem, na área de Enfermagem Geral, com o sistema de ensino PBL - é deste curso que trataremos no nosso estudo e que será mais desenvolvido à frente.

A Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio, em Nampula, introduziu o curso de Enfermagem. O perfil do graduado desejado para o Curso de Licenciatura em Enfermagem pode ser sintetizado como: o enfermeiro, com formação generalista, humanística, crítica e reflexiva. É o profissional qualificado para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, capaz de conhecer e intervir sobre os problemas e as situações de saúde-doença mais

prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. É aquele que está capacitado para atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (Lúrio, 2016).

2.1.5. Proposta do Ministério da Saúde: Currículo de Enfermagem Geral baseado em competências para enfermeiros de nível medio.

O Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, 2008-2015 (PNDRHS) prevê várias atividades com vista a impulsionar a formação massiva de Enfermeiros, dentre elas a implementação do programa de formação profissional modular e a melhoria da qualidade de formação para responder a carência destes profissionais.

No âmbito do PNDRHS, em 2010 implementou-se o currículo baseado em competências em decorrência do estudo intitulado “Análise situacional da carreira de enfermagem em Moçambique”, realizado em Outubro de 2008 a 2009. Este estudo visava examinar as tarefas de três carreiras da saúde (Enfermagem, Enfermagem de Saúde Materno-Infantil, agentes e técnicos de Medicina Geral) e examinar a correspondência entre o perfil profissional definido e a prática atual, para identificar a sobreposição de tarefas entre as carreiras e os seus respetivos níveis (básico e médio).

Dentre as recomendações deste estudo, está integração dos dois níveis de enfermagem (básico e médio) numa carreira única, designando-os de enfermagem geral; acrescentar algumas áreas relacionadas com a atenção básica da saúde com vista a garantir a disponibilidade do atendimento nas unidades sanitárias menos complexas; reforçar o ensino sobre os cuidados essenciais normais e de emergência. Tendo em conta estas recomendações, decorre a ação de revisão do currículo para adequá-lo à forma modular, o que se mantém até hoje.

O atual currículo do técnico de enfermagem geral tem a duração de 2 anos divididos em 4 semestres, 22 semanas letivas por semestre, (2 das quais dedicadas a avaliação) correspondentes a carga total do curso a 2.720 horas. As horas teórico-práticas correspondem a 48% do total da formação e os estágios constituem 52%. O plano de estudos é composto por 15 módulos e prevê a carga horária de 33 horas semanais para as aulas teórico-práticas e 35 horas para os estágios clínicos nos hospitais. Na ótica de Santos (2004), conceber e organizar os currículos na saúde baseados por competência deve-se conjugar a capacidade de mobilizar, articular e colocar em prática os conhecimentos, as habilidades e atitudes necessárias para o desempenho efetivo de uma determinada atividade no local de trabalho à metodologia de ensino e aprendizagem, à avaliação, às práticas pedagógicas e outras atividades necessárias. Tal não se distancia da definição que o MISAU estabelece como organização do currículo do técnico de enfermagem geral, pois considera que:

A formação baseada em competências (FBC) é aprender a fazer. Esta concentra-se sobre conhecimentos, atitudes e capacidades específicos necessários para realizar o procedimento ou atividade. A forma de desempenho do estudante (ou seja, uma combinação de conhecimentos, atitudes, e mais importante, capacidades) é enfatizada e não somente qual informação adquiriu o estudante. A competência na nova capacidade ou atividade é avaliada objetivamente ao avaliar o desempenho geral (MINSÁ, Análise situacional da Carreira de Enfermagem em Moçambique: Relatório Técnico, 2010).

Segundo a conceção do Ministério da Saúde define-se como técnico de enfermagem geral:

Um profissional da saúde com formação de nível médio executa ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos pacientes das Unidades Sanitárias do Sistema Nacional de Saúde, através da implementação, coordenação, monitorização e avaliação dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro é um profissional preparado para atuar nas áreas assistenciais, de gestão e de formação. Etimologicamente é aquele que cuida dos enfermos numa enfermaria, num hospital ou numa ambulância (MINSÁ, Análise situacional da Carreira de Enfermagem em Moçambique: Relatório Técnico, 2010).

As competências do técnico de enfermagem geral concentram-se nos seguintes domínios: promoção de saúde, prevenção das doenças, redução dos danos e reabilitação; avaliação, diagnóstico e planificação dos cuidados de enfermagem;

implementação, monitorização e avaliação dos cuidados de enfermagem; atenção básica de saúde; gestão dos serviços de saúde e ensino em enfermagem.

O técnico de enfermagem geral desenvolve as suas atividades em diversos hospitais, prestando cuidados gerais e especializados aos pacientes hospitalizados ou em ambulatório, nas salas de tratamento e no pronto-socorro, realizando cuidados gerais da sua área, bem como procedimentos especializados, tratamentos e medidas de reabilitação, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças compreendendo a educação e informação sobre os cuidados da saúde ao paciente.

Nas Direções Provinciais e Distritais de Saúde desenvolvem as suas funções em unidades sanitárias como responsáveis pela gestão, organização e supervisão de Enfermagem. Na formação desenvolvem as atividades de ensino na sua área técnica de competência e participam na gestão pedagógica e docência nos Cursos das Instituições de Formação.

O Presidente da República, Filipe Nyusi, promulgou e mandou publicar a lei que cria a Ordem dos Enfermeiros de Moçambique (OEMo) e o seu respetivo estatuto. (Moçambique, 2015). A lei regula os requisitos para a inscrição e reconhecimento dos enfermeiros na OEMo e para que estes exerçam a enfermagem no país, bem como os mecanismos de inscrição e reconhecimento das suas qualificações técnico-profissionais.

A Presidente da Associação dos Enfermeiros de Moçambique (ANEMO), Maria Matavel, disse, minutos após a aprovação pelo parlamento, que a aceitação da proposta deve-se traduzir na criação de boas condições de trabalho, incluindo um salário que satisfaça as necessidades básicas daquela classe.

2.2. O contexto da saúde em Moçambique

Neste subcapítulo apresentam-se alguns dados sobre o contexto nacional do estudo, que permitirão compreender e explicar as opções do plano de estudos em análise neste estudo assim como os dados obtidos e as conclusões formuladas.

2.2.1. Breve contexto geográfico, histórico, político, demográfico e social

Moçambique fica situado no sudoeste da África: é limitado ao norte pela Tanzânia, a este pelo Oceano Índico, a oeste por Malawi, Zâmbia, Zimbabwe e Suazilândia e ao sul pela República da África do Sul. Toda a Faixa costeira Este é banhada pelo Oceano Índico numa extensão de 2.470 km. O país tem 11 províncias, com 799,380 km² a província mais extensa é Niassa e a menos extensa a cidade de Maputo (figura 1).



Figura 3- Mapa de Moçambique

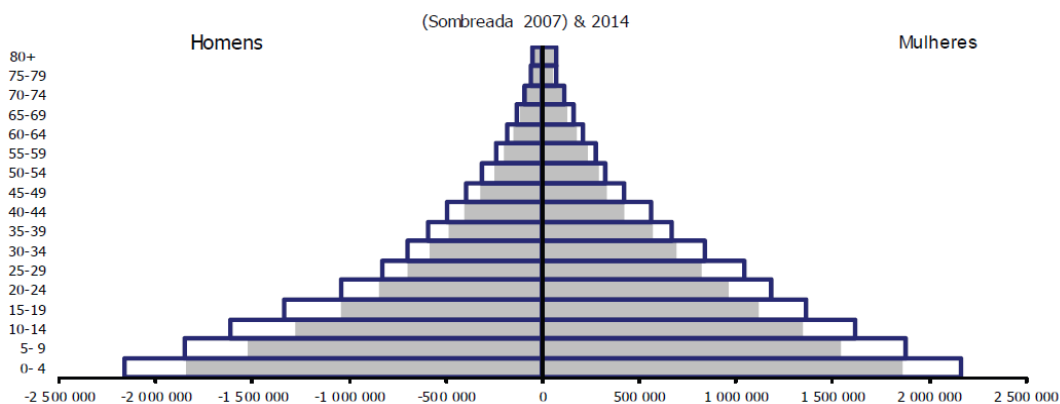
Os dados históricos dos censos e das projeções demográficas mostram uma tendência crescente no que diz respeito a evolução populacional de Moçambique desde 1950, altura em que a população foi estimada em mais de 6 milhões de habitantes; duplicou no período de 30 anos, atingindo 12 milhões em 1980 e as projeções da população apontam para mais de 25 milhões de habitantes em 2014, mostrando que o ritmo de crescimento ainda é elevado.

Esta antiga colônia de Portugal tornou-se independente a 25 de Junho de 1975, após cerca de 10 anos de conflito armado entre o governo português e a Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO). À independência e à decisão política de nacionalizar todas as unidades de saúde em 1975, seguiu-se um abandono do país por grande parte do pessoal da saúde. Apesar disso, foram notáveis os esforços de alargar os cuidados de saúde, fazendo apelo a anos de aprendizagem nas chamadas zonas libertadas. (Walt & Melamed, 1983; Noormahomed, 2000; Martins, 2001)

Estes esforços foram, no entanto, seriamente ameaçados com a eclosão de um conflito armado interno com a Resistência Nacional Moçambicana (RENAMO), que apesar de presente desde 1976, se agravou em 1982. Este conflito armado interno encontra as suas razões no contexto político de herança colonial, no processo de descolonização e de guerra-fria desse período histórico. As consequências da guerra foram devastadoras, acumuladas com períodos de seca e cheias (Cliff & Noormahomed, 1993; Ascherio, 1995; Garenne, Coninx, & Dupuy, 1997; Pavignani & Durão, 1999). Durante o período de conflito armado deu-se o abandono político progressivo de uma economia e de um sistema de saúde de planificação central para a adesão às instituições de Bretton Woods, (que tinha como objetivos principais: promover a cooperação internacional através das instituições monetárias, facilitar a expansão do comércio internacional, implementar a estabilidade dos câmbios e contribuir para a instituição multilateral de pagamentos. A dependência económica e as condições para obter ajuda ao desenvolvimento determinaram fortemente as orientações políticas em Moçambique (Walt & Melamed, 1983; Pavignani & Durão, 1999). A autorização legal para o exercício da medicina por entidades privadas deu-se em 1991 (Lei nº 26/91). Os acordos de paz foram assinados em 1992 e iniciou-se um processo lento de reconstrução nacional (Pavignani & Durão, 1999). As primeiras eleições tiveram lugar em 1994 mantendo-se a FRELIMO no poder desde a independência. A RENAMO é o segundo maior partido em Moçambique.

A maior parte da população moçambicana reside na área rural. Esta tendência não é diferente dos outros países africanos. O crescimento da população urbana tem sido muito lento. Dados do censo de 1997 apontavam para 28.6% da população que residia em áreas urbanas, tendo passado para 30.1% em 2007 e, segundo as projeções, a população urbana em Moçambique para ano de 2014, foi estimada em aproximadamente 32%. A Pirâmide do país apresenta uma base larga e o topo afinado sendo este um formato típico de distribuição da população de Países em desenvolvimento, onde a estrutura etária é muito jovem. A maior concentração da população na faixa etária de 0-14 anos, representando mais de 45% do total população em 2014. (figura2)

Figura 4- Pirâmide etária de Moçambique



Fonte: INE 2010, Projeções anuais da População Total, Urbana e rural 2007-2040

A distribuição percentual da população resumida em três grandes grupos de idade e a seguinte: dos jovens (0-14 anos), com 45%; dos potencialmente ativos ou adultos (15 a 64 anos), com 52%; e dos idosos (65 anos e mais) com apenas 3.1%. Ainda no mesmo gráfico, a distribuição difere por área de residência, sendo a área rural com mais população jovem, com cerca 48% e a área urbana, com mais adultos com cerca de 58%. Relativamente a população idosa, destaca-se a área rural com 3.4% diferindo em um ponto percentual da urbana (quadro1).

Quadro 1- Distribuição da população por sexo e densidade populacional segundo província, Moçambique 2014

Província	Total	Homens	Mulheres	Pop/km2
País	25 041 922	12 082 782	12 959 140	31,3
Niassa	1 593 483	782 879	810 604	12,3
Cabo Delgado	1 862 085	901 617	960 468	22,5
Nampula	4 887 839	2 413 164	2 474 675	59,9
Zambézia	4 682 435	2 261 254	2 421 181	44,6
Tete	2 418 581	1 182 933	1 235 648	24,0
Manica	1 866 301	899 425	966 876	30,3
Sofala	1 999 309	971 089	1 028 220	29,4
Inhambane	1 475 318	661 775	813 543	21,5
Gaza	1 392 072	633 279	758 793	18,4
Maputo Província	1 638 631	785 143	853 488	62,9
Maputo Cidade	1 225 868	590 224	635 644	4 086,2

Fonte: INE 2010, Projeções Anuais da População Total, Urbana e Rural 2007-2040

No quadro visualizam-se as Províncias de Nampula e Zambézia, as mais populosas do País, e como consequência, a população em idade escolar, também é maior, sendo mais de 900 mil para cada uma das províncias. Comparando por sexo, com exceção de Gaza, as restantes províncias, tem maior número da população em idade escolar do sexo feminino.

Desde a independência que Moçambique dispõe de um Serviço Nacional de Saúde, formalizado pelo Decreto nº 26/91, cuja ação prioritária foi a cobertura média das zonas rurais através da multiplicação de postos e centros de saúde e a implementação de numerosos programas de cuidados de saúde primários. O aparecimento do SIDA veio agravar o estado de saúde da população, que se vê já confrontada com a resistência ao tratamento da Malária com Cloroquina, à persistência da Cólera que se tornou endémica e a taxas elevadas de Tuberculose.

Em Moçambique, os indicadores do estado de saúde (Quadro 2) têm registado progressos, mas a ritmos diferentes: A esperança de vida ao nascer, embora tenha aumentado dos 42,3, em 1997, para 53,1 anos, em 2011 Instituto Nacional de Estadística (INE), ainda é baixa comparativamente à média africana (55), denotando

insatisfação de muitas necessidades humanas básicas, tais como nutrição adequada, água potável e saneamento, serviços de saúde, etc. (quadro 2).

Quadro 2 - Alguns indicadores sociais, demográficos e de serviços de saúde, em Moçambique

Indicadores	1997	2003	2008	2011	2014
Esperança de vida ao nascer	42	50.9	-	53.1	
Taxa Global de Fecundidade	5.6	5.5	-	5.9	
Taxa Mortalidade Materna (100,000 NV)	690	408	-	408	
Taxa Mortalidade <5 anos (1000 NV)	201	178	138	97	
Taxa Mortalidade Infantil (1000 NV)	135	124	93	64	72,42
Taxa Mortalidade Neonatal (1000 NV)	54	48	-	30	
Prevalência de Malnutrição crónica (%)	35.9	41	-	43	
VIH/SIDA - taxa de incidência da população adulta (%)	13.22	12.2	11.5	11.1	
VIH/SIDA – mortes (adultos e crianças)	98.000	110.000	74.000	76.800	
VIH/SIDA - habitantes infectados com VIH/SIDA	1.200.000	1.100.000	1.300.000	1.400.000	1.554.000

Fonte: INE, II RGPH 97; III RGPH 2007; Projeções da população 2007-2040.

2.2.2. Realidade do Sistema de Saúde

Dados atuais de Moçambique revelam poucos avanços na redução da mortalidade materna e no alcance do acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva. Apesar da redução registada entre 1997 e 2003 (IDS 97 e 03), nos últimos anos o Rácio de Mortalidade Materna mostra-se estacionário, sustentado pelo Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS 11) e é ainda inaceitavelmente alto (408/100.000 Nascido Vivos), estando em risco o alcance da meta definida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). A exposição ao risco de morte materna é igualmente elevado, com as taxas de fecundidade geral a situarem-se nos 5.9 filhos, valor

ligeiramente superior às anteriores informações do IDSs, em parte devido à pouca utilização dos serviços de planeamento familiar (PF).

Os indicadores de saúde infantil mostram progressos assinaláveis e consistentes nos últimos anos. As taxas de mortalidade (TM) em menores de 5 anos e infantil baixaram significativamente entre 1997 e 2011. Porém, o decréscimo da TM neonatal está a ocorrer a um ritmo mais lento, requerendo uma atenção especial nas estratégias vindouras, tendo em conta que cerca de 81% destas mortes ocorrem durante a primeira semana de vida e 32% delas no primeiro dia.

Apesar da ligeira redução registada entre 2003 e 2011, a prevalência da malnutrição em crianças menores de 5 anos continua alta. Dado o seu efeito direto e indireto na saúde como descrito abaixo, o GRM lançou, em 2010, o Plano de Ação Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011-2015.

Os indicadores do estado de saúde acima apresentados são largamente influenciados pelo padrão de doenças e problemas de saúde. Com efeito, o Fardo da Doença em Moçambique é ainda dominado pelas doenças transmissíveis, em particular o VIH/SIDA, com uma prevalência nacional estimada acima de 11.% (1.4 milhões de infetados) e a Malária com 3.2 milhões de casos notificados em 2012, que combinadas representam mais de metade das mortes (27% e 29% respetivamente) na população geral (quadro 2). As diarreias, Infeções Respiratórias e a Tuberculose também contribuem consideravelmente para este perfil. A mortalidade em crianças menores de 5 anos apresenta o mesmo padrão, mas as mortes neonatais, que contribuem em cerca de 16% das mortes em menores de cinco anos, são causadas principalmente por Prematuridade (35%), Asfixia (24%) e Sepsis Neonatal (17%). Estima-se também que 30% das mortes em crianças menores de 5 anos tem a malnutrição como causa subjacente. As mulheres em idade fértil, para além destes problemas comuns, enfrentam o peso adicional das mortes maternas resultantes das complicações da gravidez e do parto: os dados da (UNICEF, Saúde Materna, 2008) destacam a rutura uterina (29%), hemorragia obstétrica (24%), sepses puerperal (17%) e complicações pós-aborto como principais causas diretas de morte materna, enquanto as causas

indiretas mais frequentes incluem o VIH/SIDA (54%) e a malária (40%). A anemia moderada é também frequente entre mulheres dos 15 aos 49 anos (14% em 2011).

A persistente ocorrência de surtos epidémicos vem agravar o peso das doenças transmissíveis. Nos últimos cinco anos registaram-se surtos de cólera, entre 2008 e 2010 (pico em 2009, com mais de 19.000 casos), sarampo, em 2010 (cerca de 3.500 casos) e meningite, cuja frequência e gravidade traduzem uma ainda limitada capacidade de resposta do sector a estes eventos. Outras doenças de alta incidência são disenterias e outras diarreias.

Embora as Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) existentes em Moçambique não sejam uma causa direta de morte, pela alta prevalência no País, nomeadamente de tracoma, parasitoses intestinais (53%), bilharziose (47%), filariase linfática (13%), oncocercose que causam incapacidades, atraso no desenvolvimento físico e mental das crianças, e sua correlação com anemias e malnutrição que, contribuem significativamente para aumentar o peso da doença, sobretudo em crianças em idade escolar, para além do estigma social e limitação da produtividade das pessoas acometidas por estas doenças, agravam a correlação entre doença e pobreza.

As doenças não transmissíveis (DNT) são consideradas responsáveis por 80% de todas as mortes e por 60% de todas as causas de incapacidade que ocorrem nos países em desenvolvimento, com importantes consequências no consumo dos serviços de saúde, bem como nos recursos económicos. Estas doenças, e o trauma associado começam a influenciar o perfil epidemiológico do País e, conseqüentemente, o fardo da doença e a pressão sobre os serviços de saúde. Nas DNT, a Doença Cardiovascular (DCV) é a causa mais importante de morbilidade e mortalidade, tendo como principal fator de risco a Hipertensão Arterial (HTA). A prevalência da HTA é estimada em 35% a nível nacional, sendo maior nas cidades (40,6%) que no campo (29,8%), aumentando com a idade. A diabetes é também uma das maiores causas de doença e morte prematura, sendo responsável pelo aumento do risco para as DCV. Em Moçambique, a prevalência da diabetes na população com idade superior a 20 anos foi de 3,1% em 2003, e projetava-se um aumento para 3,6%

em 2005. De igual forma, os cancros estão a aumentar a sua expressão nas causas de consulta e internamento no País: por exemplo, o número de consultas externas de oncologia no Hospital Central de Maputo (HCM) cresceu em mais de 50% nos últimos 3 anos, e a taxa de ocupação de camas tem ultrapassado os 100%. Dados dos Serviços da Anatomia Patológica (SAP) do HCM nos períodos de 1991-2008 e 2009-2010 na Cidade de Maputo, mostram que nas mulheres os cancros mais frequentes são o cancro do colo do útero (31%), seguido do cancro da mama (10%) e do sarcoma de Kaposi (7%). Nos homens, são o sarcoma de Kaposi (16%), o cancro da próstata (16%) e do fígado (11%). Relativamente ao trauma, dados da Unidade de Cuidados Intensivos do HCM indicam que, em 2012, os acidentes de viação foram a 3ª causa básica de morte (10%) e as complicações dos traumatismos representaram a 6ª causa direta de morte, naquele serviço. (MINSA, Sistema de Informação de Saúde-Registo de Óbitos, 2011)

O estado de saúde e a distribuição do fardo da doença pelo território nacional (províncias e distritos) e grupos populacionais não são uniformes. Pessoas vivendo nas zonas rurais e periferias das cidades, que são também as mais pobres, bem como as crianças e mulheres, suportam grande parte do peso da doença. O IDS 2011, por exemplo, refere que a fecundidade é muito mais elevada no meio rural do que no urbano (4.5 e 6.6, respetivamente); a mortalidade em crianças menores de 5 anos em famílias pobres foi quase 2 vezes superior à observada em famílias mais ricas, (IDS 2003), a malnutrição em crianças é mais acentuada nas províncias do Norte e no meio rural. (UNICEF, Saúde Materna, 2008)

2.2.1. Malária

A Malária é endémica em todo o país, variando de zonas híper-endémicas ao longo do litoral, zonas meso-endémicas nas terras planas do interior e de algumas zonas híper-endémicas nas terras altas do interior. Vários fatores contribuem para esta endemicidade, desde as condições climáticas e ambientais como as temperaturas

favoráveis e os padrões de chuvas, os locais propícios para a reprodução do vetor, até à situação sócio económica das populações relacionada com a pobreza, habitações inapropriadas e acesso limitado aos meios de prevenção.

Os principais vetores da Malária em Moçambique pertencem aos grupos *Anopheles funestus* e *gambiae*. O *Plasmodium falciparum* é o parasita mais frequente, sendo responsável por mais de 90% de todas infeções maláricas, enquanto infeções por *Plasmodium Malariae* e *Plasmodium Ovale* são observadas em 9% e 1%, respetivamente (MINSA, Relatório da Revisão do Sector de Saúde, 2012).

Mais de 3.200 pessoas morreram em 2015 vítimas de Malária em Moçambique, de acordo com dados fornecidos pela diretora-adjunta de Saúde Pública, Benigna Matsinhe. Numa conferência de imprensa realizada em Maputo, no âmbito do Dia Mundial da Malária, anunciou ao país: "No nosso país, a malária continua a ser um dos maiores problemas de saúde pública e uma das principais causas de morbidade e mortalidade. Em 2014, registamos mais de 5.485.327 casos, que causaram 3.245 óbitos".

A diretora-adjunta de Saúde Pública avançou que as principais razões da prevalência da malária no continente africano, maioritariamente em Moçambique, são causadas pelo clima, saneamento público deficiente e a não utilização de redes mosquiteiras por parte das populações. As províncias com maiores índices de prevalência da doença são Zambézia, Nampula e Cabo Delgado (Saúde, Plano Estratégico de Malária, 2012-2016).

Apesar de tudo, Benigna Matsinhe frisou que, embora os dados sejam assustadores, nos primeiros três meses de 2015, foi registada uma redução do número de casos de malária no país. Contudo, ainda há bastante a fazer no combate a esta doença. Como forma de combater a epidemia, as autoridades compraram mais de 5.100 redes mosquiteiras (Moçambique, 2011).

2.2.2. VIH/SIDA

O VIH e SIDA constituí o mais sério risco para o desenvolvimento do país, ameaçando reverter os ganhos dos últimos anos do ponto de vista do desenvolvimento social e económico. Para enfrentar esta situação, o Governo de Moçambique ratificou diversas declarações e convenções regionais e internacionais que visam reduzir o número de novas infeções do VIH e o impacto do SIDA no país. Entre os instrumentos globais e regionais ratificados por Moçambique destacam-se a Declaração de Compromisso sobre o VIH e SIDA da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNAIDS, 2011) e os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, (ONU, 2013). No âmbito regional, o Governo de Moçambique rubricou, entre outros: 1) a Declaração de Abuja (2001), através da qual os Chefes de Estado Africanos declararam o VIH uma emergência e comprometeram-se a trabalhar para reverter o cenário; 2) em 2003, a Declaração de Maseru que afirmou o alto compromisso político sobre o VIH e SIDA, bem como as áreas de prioridade e Ação urgentes, incluindo a prevenção do VIH; 3) em 2005, a Declaração de Maputo, que sublinha a necessidade de aceleração da prevenção do VIH e adotou a Declaração de Gaborone sobre o acesso Universal à Prevenção, Tratamento, Cuidados e Apoio. Importa, ainda, referir neste leque de documentos, a Declaração da Década Africana (1999-2009), documento que apela para uma abordagem de resposta ao VIH e SIDA mais inclusiva como forma de minimizar os efeitos negativos desta pandemia nas mulheres e homens e, em particular, na pessoa com deficiência sensorial, motora e física. Dizer que a declaração de Maseru, Gabarone e da Década Africana, são iniciativas de organizações abertas a todas as nações africanas e parceiros comprometidos com o objetivo de ajudar a um desenvolvimento sustentável na África.

Apesar do progresso registado na expansão dos serviços de prevenção, tratamento e mitigação, são necessários esforços adicionais para melhorar o impacto da resposta nacional ao VIH e SIDA. A situação atual de alastramento da epidemia principalmente entre mulheres e dos seus impactos nefastos aponta para um fosso entre as

intenções formais e a implementação eficaz dos planos e estratégias de resposta ao VIH e SIDA na prática, em decorrência de fatores de várias ordens, incluindo aspetos de coordenação funcional, capacidade das estruturas institucionais e alinhamento entre as prioridades e os principais fatores condutores da epidemia com ênfase sobre a desigualdade de género. É neste contexto que as diretrizes deste Plano Estratégico de Resposta ao VIH e SIDA (PEN III, 2014) devem ser enquadradas, tendo como principal enfoque um alinhamento mais sistemático entre as evidências acumuladas ao longo das últimas décadas com as ações estratégicas a serem implementadas para uma efetiva resposta aos desafios impostos pela epidemia.

Em Moçambique, os inquéritos de vigilância epidemiológica em mulheres grávidas ainda são a única medida representativa da ocorrência do HIV. Em países cujo principal modo de transmissão é a via heterossexual, como Moçambique, as tendências da prevalência do VIH entre as utentes das Consultas Pré-Natais (CPN), de entre os 15 e os 24 anos de idade, podem ser usadas para estimar a tendência da incidência, embora não sejam iguais aos números absolutos de incidência. A prevalência do VIH nas utentes das CPN entre os 15 e os 24 anos de idade atingiu um pico de 15.6% em 2004, depois de ter registado cifras que variaram entre 12.2%, no ano 2000, e 13.1%, em 2002. Dados da ronda de Vigilância Epidemiológica 2007 revelam um decréscimo para 11.3% – (vide Figura 1). Isto revela que a nível nacional, a incidência do VIH pode estar a decrescer, mas mesmo assim continua das mais altas do mundo. Dados da mesma ronda entre utentes das CPN entre 15-49 anos revelaram uma prevalência nacional de 16%. A variação regional foi de 9% na região Norte, 18% na região Centro e 21% na região Sul. Dados preliminares da ronda de vigilância epidemiológica de 2009, revelam que a estimativa nacional de prevalência do VIH em adultos é de 15%. A prevalência por regiões manteve-se nas mesmas cifras de 2007.

- Magnitude da epidemia na população geral.

O Impacto Demográfico do SIDA de 2008 (Ministros, 2010), estima que em 2009 cerca de 1.6 milhões de pessoas vivem com o VIH (sendo 55.5% mulheres e 9.2% crianças menores de 15 anos) e o número de mulheres grávidas seropositivas é de 149 mil. A cada dia, aproximadamente 440 Moçambicanos são infetados pelo VIH. Estima-se que estejam a ocorrer 96 mil mortes devido ao SIDA em 2009, o que corresponde a 22% de todas as mortes ocorridas no país (33 mil em homens, 42 mil em mulheres acima de 15 anos e 21 mil em crianças). Aproximadamente 510 mil crianças por ano menores de 18 anos tornam-se órfãs devido a SIDA e 425 mil pessoas acima de 15 anos e 48 mil crianças (menores de 15 anos) precisam do tratamento antirretroviral (TARV). A implicação deste aumento contribui para a redução da esperança de vida à nascença e esta por sua vez contribui para a redução do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (Rascunho do Plano Acelerado do HIV). Segundo os relatórios do PNUD, os ganhos crescentes no IDH (de 0.402, 0.414 e 0.428 correspondentes aos anos sucessivos de 2002, 2003 a 2004) foram perdidos a partir de 2005 (IDH = 0.384) essencialmente à custa do elevado peso do SIDA. (Ministros, 2010). Apesar de não existirem evidências nacionais sobre o peso do VIH e SIDA na população idosa, dados de outros países africanos revelam um quadro preocupante, se tomarmos em conta o exemplo do Quênia onde, em 2007, a prevalência do VIH entre idosos (50-54 anos) foi de 8%.

- Magnitude da epidemia em alguns segmentos populacionais em alto risco de exposição ao VIH e SIDA

Existem determinados segmentos da população que estão sob alto risco de exposição ao VIH, decorrente de fatores socioeconómicos, culturais ou comportamentais. (WHO, 2007). Por exemplo, trabalhadores de sexo, refugiados, migrantes, militares, prisioneiros, usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens, e mulheres especialmente nas comunidades nas quais existe pronunciada desigualdade de género. Os dados de prevalência nas populações em alto risco no

país são muito limitados. O estudo de Avaliação e Resposta Rápida (I-RARE)¹ forneceu dados preliminares de prevalência do VIH em 2008. A prevalência do VIH foi de 48% (N-63) em trabalhadores de sexo comercial dos dois sexos que utilizaram os serviços de aconselhamento e testagem e de 43% (N- 43) no seio dos utilizadores de drogas que utilizaram os serviços de aconselhamento e testagem, (Ministros, 2010). Existem também alguns dados da prevalência do VIH a partir dos dadores de sangue do serviço militar (35% em 1997; 33.3% em 1998; 48.7% em 1999) Ministério da Saúde (2010). Dadores de sangue com 15.3% (1997-1999) e prisioneiros (com 29% em homens e 32% em mulheres). Apesar das limitações em termos amostrais, esta informação pode sugerir uma maior magnitude da epidemia em populações em alto risco. No entanto, urge pesquisar e sistematizar mais evidências representativas para confirmar este alto peso, de modo a definir ações específicas orientadas para estes grupos.

- Principais fontes de novas infeções.

A transmissão heterossexual do VIH continua responsável pela grande maioria de novas infeções do VIH nos adultos. O modelo matemático para Estimativas da Incidência do VIH, utilizado em 2008 (PEN III, 2014). Permitiu estimar o peso relativo de novas infeções em cada grupo de exposição. Os cenários estabelecidos preveem que os indivíduos que diziam ter tido um único parceiro sexual nos últimos 12 meses contribuem com 42 e 47% das novas infeções em Moçambique cada ano (2008). Este resultado é parcialmente decorrente do facto de se tratar de um grupo mais populoso (cerca de 4.3 - 5.1 milhões de pessoas). As novas infeções do VIH surgem através dos casais discordantes (em que um dos elementos do casal é HIV-positivo e o outro HIV-negativo) e ausência do uso do preservativo nas relações estáveis. Os

¹ É um projetos de Estudo baseado a grupos de alto Risco as trabalho de Sexo e usuário de Droga Maputo, Nacala Porto em Moçambique um Estudo, Avaliação e Resposta Rápida. Este estudo tinha como objetivo principal tentar perceber melhor o grau de Vulnerabilidade do Contagio pelo HIV-SIDA e ITS nas trabalhadoras de Sexo e usuários de Droga em Moçambique. Em parceria com MISAU.

comportamentos de parceiros múltiplos são relativos a dois grupos de exposição: aqueles que têm parceiros múltiplos e os seus parceiros monogâmicos estáveis, que fazem inadvertidamente parte de uma rede sexual. Estes comportamentos dos parceiros múltiplos são avaliados como responsáveis por cerca de 24 -29% de todas as novas infeções. As novas infeções nos trabalhadores de sexo (TS) contribuem com cerca de 2% da incidência do total anual, e as novas infeções dos clientes dos TS com cerca de 7%. Os parceiros regulares dos clientes dos trabalhadores de sexo tornaram-se parte da rede sexual e cerca de 10% de todas as infeções ocorreram com estes parceiros regulares em 2008. Este facto significa que os trabalhadores de sexo (TS, os clientes dos TS e os seus parceiros) foram responsáveis por 19% das novas infeções em 2008. A contribuição para as novas infeções por parte dos homens que praticam sexo com outros homens (HSH) é de 5% na incidência total. A contribuição na incidência do HIV dos utilizadores de drogas injetáveis foi estimada em 3%, mas esta estimativa é incerta devido à limitação de dados. Os equipamentos de injeção podem ser responsáveis em 2% da incidência total anual e as transfusões de sangue apesar de fraca incidência com menos de (1%), contribuem para o aumento desta. A transmissão de mãe para filho contribui para os 2.2% de menores de 5 anos infetados pelo VIH.

- Principais fatores impulsionadores da epidemia

Vários estudos primários e secundários foram elaborados para procurar entender o padrão epidemiológico e sobretudo identificar os fatores que estejam associados com risco acrescido, sendo de destacar: o exercício de triangulação de dados do VIH em Moçambique, que faz uma síntese dos dados sobre as tendências das epidemias nacional e locais; a análise de cobertura e intensidade dos esforços de prevenção, e; o estudo sobre modos de transmissão, que faz uma análise da epidemia, resposta e síntese de política, que leva às recomendações a fim de melhorar a resposta da prevenção do VIH. Uma análise combinada de fontes indica que os principais fatores

impulsionadores da epidemia estão associados aos seguintes fatores (MINSA, Plano Estratégico do Sector da Saúde, 2014):

a) Parceiros sexuais múltiplos (concomitantes): Em Moçambique, diversos estudos e relatórios visavam os parceiros múltiplos, e por vezes concomitantes (tendo dois ou mais parceiros sexuais, simultaneamente). A frequência reportada de Parceiros Múltiplos (PM) varia entre os inquéritos dependendo da utilização do período de tempo, mas foi de 2-26% nas mulheres sexualmente ativas e 17-55% nos homens sexualmente ativos. Segundo resultados de um estudo realizado duas vezes a nível nacional sobre o Conhecimento, Atitudes e Práticas (CAP), este sugeriu que a frequência de parceiros múltiplos entre os adultos sexualmente ativos diminuiu de 32% em 2002 para 23% em 2007. As relações extraconjugais conhecidas são mais frequente em maridos com poder económico e mulheres jovens, com ensino superior, e vivendo em zonas urbanas.

b) Fraca utilização do preservativo: Apesar da disponibilização do preservativo ter aumentado ao longo dos anos, a sua utilização ainda é baixa para reduzir significativamente a transmissão. O uso consistente do preservativo é mais elevado nos parceiros não-regulares do que nos parceiros regulares. Os indicadores de atos sexuais não protegidos são mais altos entre os jovens. A autoavaliação do risco do VIH é fraca e a baixa perceção do risco está relacionada com a não utilização de preservativos. A situação da fraca disponibilidade do preservativo feminino coloca a mulher em maior desvantagem na procura de relações sexuais com proteção.

c) Mobilidade e migração: A prevalência mais elevada do VIH em mulheres grávidas foi encontrada nos corredores de alta mobilidade, nomeadamente Lichinga-Pemba, Corredor de Nacala, Quelimane Milange, Corredor da Beira, Chokwe-Chicualacuala, Chokwe-Xai-Xai-Maputo e corredor de Maputo. Porém no geral, os níveis da prevalência do VIH nas diferentes regiões de Moçambique refletem os níveis da epidemia nos países vizinhos. Um condutor importante são os parceiros múltiplos

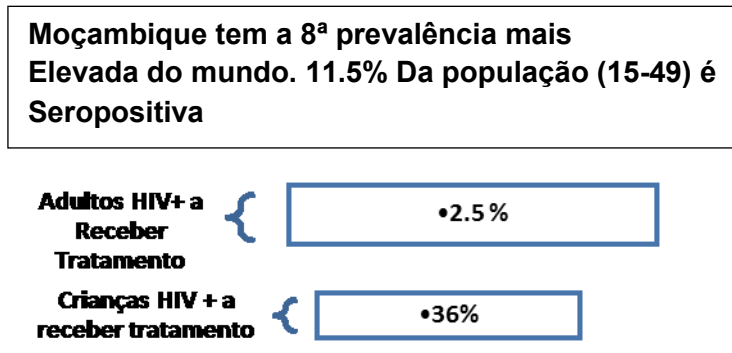
associados com a migração de longo e curto prazos. Os fatores estruturais contribuem para que as redes comerciais sejam fracas, bem como os sistemas capitais. Os corredores de transporte comerciais na região facilitam a disseminação do VIH.

d) Relações sexuais entre pessoas de gerações diferentes e relações transacionais:

Ambos têm uma base socioeconómica e cultural muito forte em Moçambique e na região Austral da África e criam contextos de risco. O sexo transacional é a transferência de dinheiro, presentes ou favores por sexo. (Goicoechea, 2009) Afirma-se que as jovens no centro de Maputo têm sexo transacional com o seu amante muitas vezes mais velho, sendo também frequente a prática de sexo comercial sem uso do preservativo. De acordo com o Inquérito Demográfico e de Saúde, de 3.1% das jovens entre 15 e 19 anos de idade tiveram relações sexuais extraconjugais nos últimos 12 meses, com um homem 10 ou mais anos mais velho que elas. Na África do Sul efetuaram-se estudos, que revelaram que quanto maior for a disparidade etária, menor a probabilidade de sexo seguro. (Direção Nacional de Saúde Pública. *Estratégia Nacional para a Promoção de Saúde*, (2010). Ministério da Saúde)

e) Níveis baixos de circuncisão masculina: No que concerne aos hábitos culturais, religiosos e a prática da circuncisão masculina, apesar dos elevados níveis de comportamentos de risco, a prevalência do VIH nas mulheres grávidas permanece mais baixa nas zonas com elevada circuncisão. Nas três províncias da região Norte: Cabo Delgado, Nampula e Niassa assim como na província de Inhambane no Sul do país, segundo o IDS de 2003, a proporção de pessoas submetidas à circuncisão está acima de três em cada quatro homens e nestas quatro províncias as taxas de sero prevalência são também mais baixas. Por outro lado, as províncias de Gaza, Manica, Sofala, Tete e Zambézia têm baixos níveis de circuncisão (<50%) e Esta constatação corrobora com a evidência internacional que sustenta que homens submetidos à circuncisão têm menos risco de contrair o HIV quando comparados aos homens não submetidos a circuncisão.

Figura 3- População vivendo com HIV em Moçambique 2011



Fonte: INICEF 2014

De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA), Moçambique classifica-se em terceiro lugar no mundo, depois da Nigéria e da África do Sul, no que diz respeito às novas infeções pediátricas entre 22 países que contribuem para o fardo mundial de novas infeções pelo VIH. Em 2011, Moçambique aprovou a Iniciativa Global para a Eliminação da Transmissão Vertical (WHO, 2007). O país avaliou as metas anteriores que tinham sido estabelecidas em 2010, reduzindo-as para menos de 5% de Transmissão Vertical até 2015 e uma cobertura de 90% com regimes antirretrovirais (ARV) mais eficazes. Em Dezembro de 2014, a cobertura de ARV da população para a prevenção da transmissão vertical de mãe para filho (PTV) foi de 96%. (Figura 3)

Em 2013, o Ministério da Saúde iniciou o acesso universal a todas as crianças menores de 5 anos infetadas pelo VIH. Apesar do aumento positivo no acesso ao tratamento antirretroviral (TARV) para crianças menores de 15 anos nos últimos dois anos, o TARV pediátrico continua a ficar para trás. Apenas 8,5% de todos os pacientes tratados no país são crianças, muito abaixo da recomendação da OMS de que 10 a 15 por cento dos pacientes deve ser constituído por tratamento pediátrico.

Até Dezembro de 2013, um total de 41.400 pacientes pediátricos tinha sido abrangido, o que corresponde a uma cobertura de 36% das crianças elegíveis, (Figura 3), em comparação com 25% (25.891) e 22% (23.053) em 2012 e 2011, respetivamente.

Em 2014, este número aumentou novamente para 60.768 (49%), mostrando uma tendência positiva ao longo dos últimos dois anos.

Os principais desafios que se colocam em Moçambique estão relacionados com a retenção e a adesão ao tratamento referente à PTV e TARV Pediátrico. O TARV pediátrico situa-se entre as principais prioridades do Ministério da Saúde. Segundo dados do Spectrum, em 2014, o número de crianças de 0 a 14 anos que vive com o VIH foi estimado em cerca de 183.631 e destas, 121.983 crianças foram elegíveis para o TARV (UNICEF, HIV/SIDA, 2014).

As atividades de controlo da epidemia de *VIH/SIDA* experimentaram um grande crescimento nos últimos anos, apesar das iniquidades existentes, entre e dentro das províncias, sendo a região norte a mais desfavorecida. De facto, os moçambicanos estão diariamente expostos a intensas campanhas de prevenção, através dos meios de comunicação; os serviços de Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) são oferecidos em todas as USs do País, e também ao nível comunitário. Com a descentralização da terapia antirretroviral (TARV) iniciada em 2007, em 2012 cerca de 22.5% (316) das USs do País providenciavam o TARV para adultos e crianças, contra apenas 12 em 2003. Na área de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), das 8 US com CPN que ofereciam serviços de PTV, atinge-se atualmente os 99% de um universo de 1109 destas US. Como resultado, quase 3 milhões de utentes foram aconselhados e testados num serviço ATS, em 2011, e perto de 900.000 mulheres grávidas receberam estes serviços, em 2012; os serviços de TARV atingiram mais de 300.000 doentes, em 2012, contra os 1600 beneficiários em 2003; segundo o RSS, mais de 2/3 das mulheres grávidas HIV+ receberam TARV para PTV em 2011. O mesmo relatório indica que a zona Sul do país atinge coberturas muito mais elevadas do que o Centro e Norte. Não obstante estes avanços, a taxa de incidência do VIH não mostra sinais de decréscimo num futuro próximo; a cobertura do TARV, em 2012, ainda se encontrava nos 52% para os adultos e 22% para as crianças, e a retenção da continuidade dos cuidados durante a gravidez e pós-parto ainda é um desafio. Por outro lado, a ACA XI refere que a taxa de abandono de TARV foi de 19%, em 2011, variando de 29% em

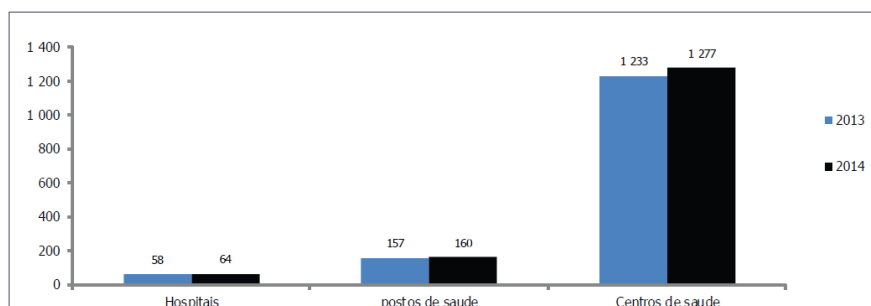
Cabo Delgado e 11% na Província de Maputo. Por isso, a redução do risco de infeção, o acesso equitativo e a adesão ao TARV, sobretudo nas crianças e mulheres grávidas, constituem os principais desafios do programa.

A coinfeção TB-HIV está a produzir um crescimento de casos de *Tuberculose* (TB), cuja notificação aumenta anualmente; a percentagem de doentes de TB que são HIV+ já aumentou de 47%, em 2007, para 63%, em 2011. A estratégia de Tratamento diretamente Observado (DOT) é implementada em toda a rede do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e ao nível comunitário, mas as taxas de despiste de TB BK+ (50% em 2012) variam entre as províncias: de 103% na cidade de Maputo e 91% em Sofala, em contraste com 21% de taxa de deteção em Niassa e 30% em Tete, de acordo com o Relatório Anual do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCT), de 2012. A taxa de cura situa-se nos 88.6%, tendo a mais alta sido observada na Zambézia (90%), e as mais baixas, entre 80-81%, nas províncias de Gaza, Inhambane, Manica e Cidade de Maputo. Um problema adicional é o crescimento dos casos de TB multirresistente, que já ultrapassa os 1.500, o que reduz as taxas de cura para 40%, de acordo com o programa de TB resistente.

2.2.3. Unidades sanitárias

O atendimento melhorado, na prestação de serviços de saúde está também associado ao aumento quantitativo e qualitativo de unidades hospitalares. Entre 2013 e 2014, houve aumento de unidades hospitalares em todas as categorias com destaque para hospitais e centros de saúde, porém, o número de hospitais aumentou de 58 para 64, enquanto os centros de saúde passaram de 1233 em 2013 para 1277 em 2014 e os postos de saúde de 157 para 160.

Figura 4 - Distribuição de unidades hospitalares por província em Moçambique



Fonte: MISAU, Direção Nacional de Planificação e Cooperação, 2012 – 2014

A província de Zambézia tem maior número com um total de 233 Unidades Sanitárias (US), seguido de Nampula com um total de 213 US, isto pode estar associado ao facto de essas serem as províncias mais populosas do País. De referir que em todas as províncias existe pelo menos um hospital com categoria de central ou provincial. (Quadro 3).

Quadro 3 - Unidades hospitalares segundo província, Moçambique 2014

Província	Hospitais*	Hospitais distritais	Centro de Saude	Posto de Saude	Total
País	16	48	1 277	160	1 501
Niassa	1	2	166	0	169
C. Delgado	1	4	104	8	117
Nampula	3	8	159	43	213
Zambézia	1	6	194	32	233
Tete	2	4	107	3	116
Manica	1	4	100	3	108
Sofala	1	5	125	25	156
Inhambane	1	4	112	10	127
Gaza	1	4	99	28	132
Maputo Província	1	3	81	8	93
Maputo Cidade	3	4	30	0	37

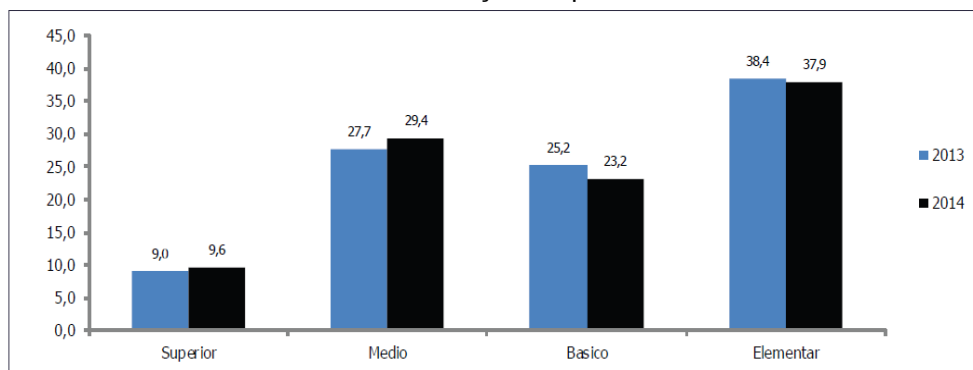
Fonte: MISAU, Direção Nacional de Planificação e Cooperação, 2012 – 2014

2.2.4. Pessoal de Saúde

De acordo com o Figura 4, pode se constatar que o pessoal com nível elementar teve maior representatividade com 38% no período em análise. O pessoal de nível

superior registou um aumento em 0.6 pontos percentuais. Importa referir que há uma tendência de aumento do pessoal com nível superior e médio e redução do pessoal básico e elementar.

Figura 5 - Distribuição percentual do pessoal do serviço nacional de saúde, por nível de escolaridade, Moçambique 2013-2014

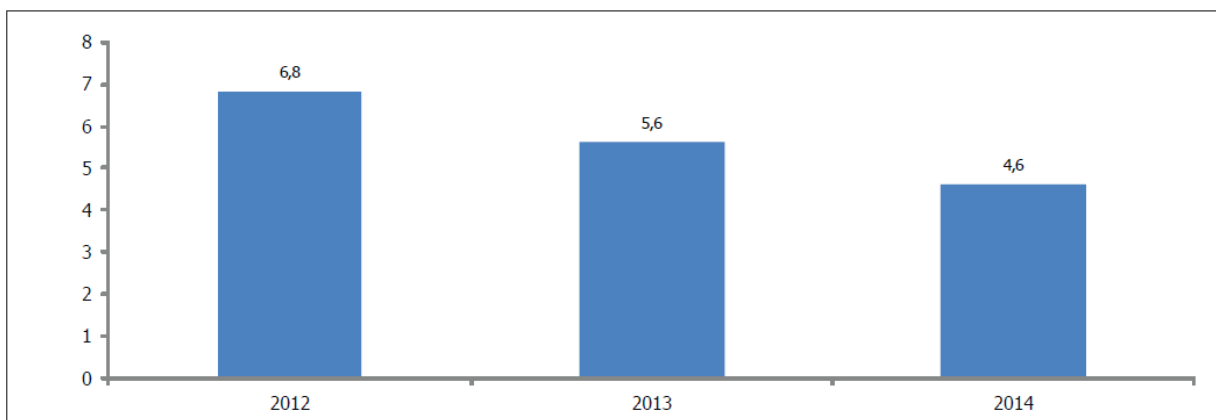


Fonte: MISAU, Direção Nacional de Planificação e Cooperação, 2012 – 2014

2.2.4. Saúde materno infantil.

A saúde materno-infantil congrega indicadores da qualidade de vida de mães e filhos, e estes indicadores são de maior importância para avaliar, planificar e aprimorar as condições de saúde da mulher, durante o ciclo gestacional. Para avaliar a sobrevivência e o estado de saúde das crianças à nascença, são normalmente usados dois indicadores, a taxa do baixo peso à nascença e a taxa de mortalidade infantil.

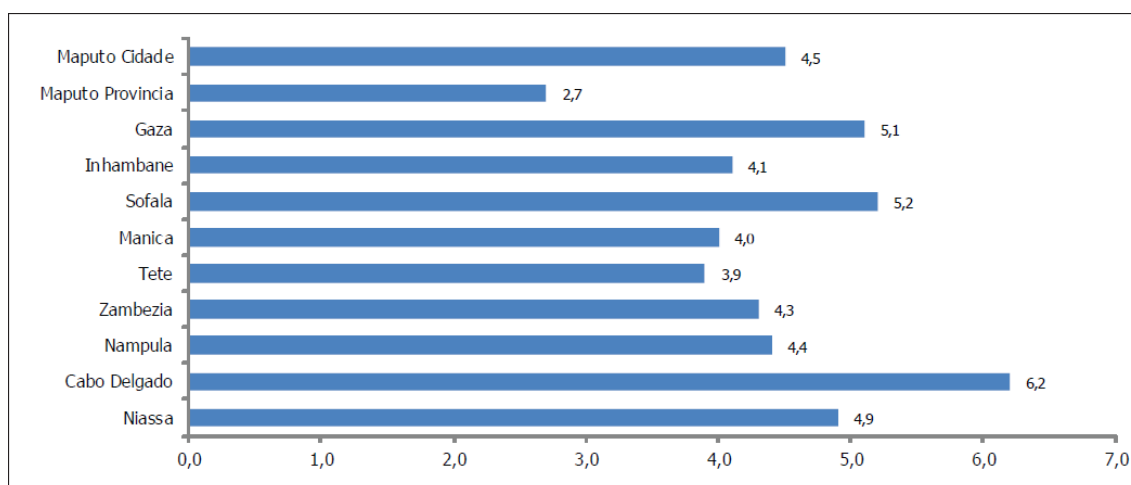
Figura 6 - Taxa de baixo peso a nascença, Moçambique 2012-2014



Fonte: MISAU, Direção Nacional de Planificação e Cooperação, 2012 – 2014

A Figura 6, apresenta a taxa de baixo peso a nascença pela qual se visualiza um respetivo decréscimo de 6,8 para 4,6 % entre 2012 a 2014. A província de Cabo Delgado destaca se com taxas mais altas, cerca de 6,2% das crianças nasceram com peso inferior a 2500 gramas. Maputo Província tem as taxas mais baixa com 2.7%, nas das restantes províncias a taxa varia entre 4% e 5%. (Figura 7) segue-se Sofala com 5,2, e Gaza com 5,1.

Figura 7 - Taxa de baixo peso a nascença por província Moçambique, 2014



Fonte: MISAU, Direção Nacional de Planificação e Cooperação, 2012 – 2014

2.3. O contexto de ensino superior em Moçambique

A formação do capital humano reveste-se de grande importância, dada a contribuição para induzir à criatividade, à inovação e à produtividade. O conhecimento é, na verdade, um recurso, uma fonte sustentável de geração de riqueza e de melhoria das condições de vida do cidadão.

É neste panorama que se defende que o graduado deve identificar-se com a sua realidade social, cultural e económica e fazer uso do conhecimento de que se apropriou, ao longo da sua formação, para alterar a sua própria vida. Identificando-se com a sociedade e munido desse conhecimento, colocar-se em melhores condições

para levar outros compatriotas a adotarem as suas metodologias, técnicas e tecnologias para a resolução dos problemas básicos com que se debatem, no dia-a-dia (Rodrigues & Cassy, 2013).

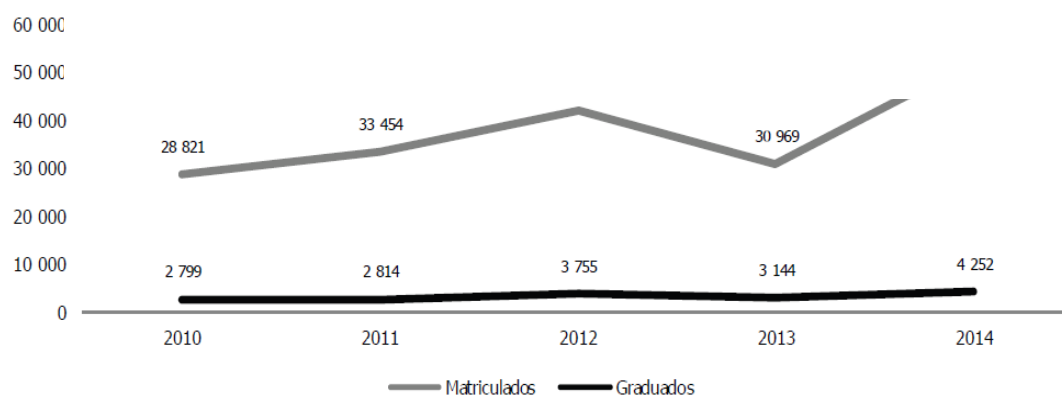
O desafio do ensino superior inscreve-se, neste sentido, no exercício da responsabilidade educativa e social do capital científico produzido e das implicações sociais que este pode gerar na procura de soluções sociais que respondam aos desafios de um desenvolvimento social sustentado. Por conseguinte, importa que as instituições do ensino superior, em Moçambique, procurem investir na produção de conhecimento científico útil e gerador de ferramentas cognitivas que estejam ao alcance de todos os cidadãos, de modo a potenciarmos literacias inclusivas (Ferreira A. , 2010).

2.3.1 - Breve Historial da Expansão do Ensino Superior em Moçambique.

Quando da Independência de Moçambique, em 1975, existia apenas uma instituição de Ensino Superior, herdada do regime colonial português, denominada Universidade de Lourenço Marques (ULM). A ULM influenciada pelas transformações políticas, muda a sua designação para Universidade Eduardo Mondlane, em homenagem ao Doutor Eduardo Chivambo Mondlane, pela sua importância nacionalista, académica e de líder da Frente de Libertação de Moçambique. A segunda instituição de ensino superior criada em Moçambique foi o Instituto Superior Pedagógico (ISP) em 1985, atual Universidade Pedagógica (UP), com missão principal de formar professores e técnicos de áreas afins da educação. Em 1986 foi criado o Instituto Superior de Relações Internacionais (ISRI), vocacionado para a formação de quadro nas áreas de diplomacia e relações internacionais. Devidas às consequências da economia de mercado surgiram novos cenários no campo económico, social e cultural e abriu-se espaço para a intervenção do sector privado no cenário de educação superior no país. Assim, a partir de 1995 surgem as primeiras Instituições privadas do Ensino Superior

no país: o Instituto Superior Politécnico e Universitário, (ISPU), a Universidade Católica de Moçambique (UCM) e o Instituto Superior de Ciências e Tecnologia de Moçambique (ISCTEM). Este crescimento de instituições de ensino superior foi acompanhado do aumento de número de estudantes e docentes. Nos últimos 10 anos, a população estudantil passou de 17.397 (em 2002) para aproximadamente 120.000 (em 2012). E, em 6 anos, o número de docentes aumentou de 1389 (em 2006) para 3700 (em 2012). Hoje, o país conta com mais de 45 instituições, das quais 18 públicas, espalhadas por todo território nacional, destacando-se a UP pelo facto de possuir maior número de estudantes e estar presente em todas as províncias de Moçambique.

Figura 8 - Nas Universidades públicas, a relação entre os matriculados e os graduados



Fonte: MINEEDH, estatística de Ensino Superior 2014

O número de estudantes graduados não tem evoluído de forma proporcional ao número dos matriculados (figura 8). Verificamos que o número de graduados se situa entre 8,1% (2014) e 10,2% (2013), tendo sido 9,7%, 8,4% e 8,9% em 2010, 2011 e 2012 respetivamente. Este facto estará certamente associado às reprovações, desistências, entre outros fatores de insucesso. De 2010 à 2014, o número de estudantes matriculados aumentou, quase duplicou, correspondendo a um crescimento de cerca

de 82%, enquanto dos graduados apenas aumentaram, no mesmo período, cerca de 52%.

De referir que essas categorias são referentes a casos registados em cada um dos anos, independentemente de serem ou não estudantes de qualquer ciclo de estudos.

Quadro 4 - Distribuição percentual dos estudantes matriculados e graduados no ensino público por área de formação, Moçambique 2014

Áreas de Formação	Matriculados			Graduados		
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
N	40 258	64 721	104 979	3 449	5 432	8 881
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Educação	28,01	28,04	28,03	33,49	37,48	35,93
Letras e humanidades	4,32	3,83	4,02	3,02	2,80	2,88
Ciências sociais, gestão, direito	45,45	31,14	36,63	43,87	32,33	36,81
Ciências naturais	4,34	9,06	7,25	3,16	4,33	3,87
Engenharias, indústrias e construção	4,10	14,78	10,68	1,77	6,04	4,38
Agricultura	4,45	5,19	4,91	3,54	4,75	4,28
Saúde e bem-estar	6,79	4,25	5,22	8,61	6,00	7,01
Serviços	2,48	3,67	3,21	2,49	6,28	4,81
Áreas não especificadas	0,07	0,04	0,05	0,06	0,00	0,02

Fonte: MINEEDH, estatística de Ensino Superior 2014

O quadro (4) apresenta o número de estudantes matriculados e graduados por área de formação no ensino superior privado. Diferentemente do público, este não apresenta áreas não especificadas. Em 2014 foram matriculados mais de 52 mil estudantes. Sendo 62.6% de estudantes matriculados na área de ciências sociais, gestão, direito seguido de educação com 19.01. A área de Serviços foi a que teve menor número de estudantes matriculados. Na Educação há mais homens que mulheres e o inverso na área de Ciências Sociais, Gestão, Direito. Foram graduados cerca de 4000 estudantes no ensino superior privado em 2014, sendo os estudantes do sexo feminino em maior número. A área de ciências sociais, Gestão, Direito foi a que mais estudantes graduaram. Importa referir que tanto para o ensino superior público como para o privado há maior procura pelas áreas de ciências sociais.

Quadro 5 - Estudantes matriculados e graduados no ensino privado por área de formação, Moçambique 2014

Áreas de Formação	Matriculados			Graduados		
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
N	25611	26841	52452	2200	2052	4252
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Educação	15,61	22,25	19,01	8,18	10,28	9,20
Letras e humanidades	0,45	0,51	0,48	0,36	1,22	0,78
Ciências sociais, gestão, direito	68,58	56,82	62,56	73,45	66,47	70,08
Ciências naturais	1,71	6,92	4,38	2,59	5,99	4,23
Engenharias, indústrias e construção	2,72	7,39	5,11	2,41	5,07	3,69
Agricultura	0,90	1,45	1,18	2,86	3,90	3,36
Saúde e bem-estar	9,34	4,40	6,81	9,32	6,68	8,04
Serviços	0,69	0,25	0,47	0,82	0,39	0,61
Áreas não especificadas		

Fonte: MINEEDH, estatística de Ensino Superior 2014

- Estratégias de Ensino Superior

O ensino superior responde, a longo prazo, aos desafios da construção da nação, de uma sociedade aberta e democrática com exercício ativo da cidadania e do desenvolvimento económico num ambiente não protegido e competitivo à escala global. Se assim é, a educação e o ensino superior terão de se pautar por parâmetros de qualidade internacional o que significa, nomeadamente, que os técnicos formados terão competências equivalentes e capacidades competitivas individuais para atuar em qualquer mercado de trabalho ou concorrer no seu país com técnicos estrangeiros. Isso só é possível com instituições de ensino superior de elevada qualidade que têm como variáveis de análise principalmente as seguintes:

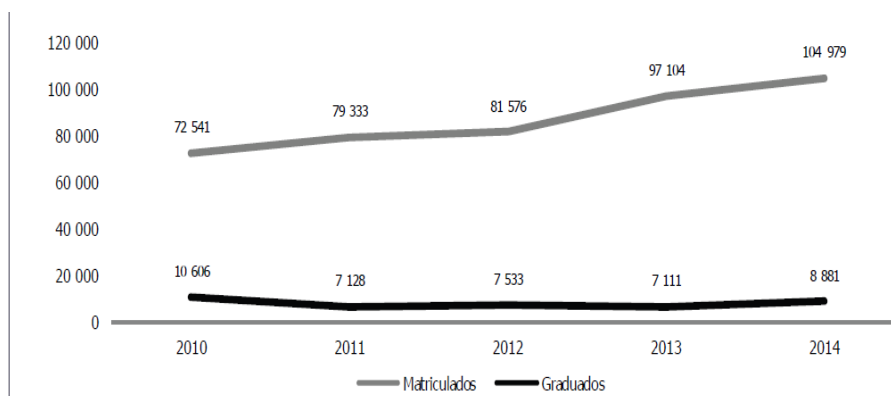
- Corpo docente formado, com currículo e investigação nas áreas de ensino específicas e integrado em redes de conhecimento internacional.
- Instituições apetrechadas com recursos e meios pedagógicos que facilitam o ensino, a aprendizagem, o acesso ao conhecimento e que atribua aos estudantes competências no saber e no saber fazer, com eficácia e eficiência.

- Estratégias pedagógicas assentes na exigência e no trabalho, na qualificação e na formação ampla do Homem que se quer valorizar com base no mérito, para melhor desempenho de funções e benefício pessoal e da sociedade.

Segundo Rodrigues e Cassy (2011)

“Estes objetivos não são compatíveis com a massificação sem qualidade, com fins demagógicos e populistas. Ensino sem qualidade representada, no futuro, a configuração de sociedades fechadas, que se reproduzem protegidas em critérios de grupos e seus interesses, que dificultam a meritocracia e a organização da sociedade democrática com crescente igualdade de oportunidades. Sem um ensino que alimenta organizações e economias ineficientes as quais poderão sobreviver com mecanismos contrários às atuais tendências de integração e internacionalização económica e política; gerará desemprego ou emprego desajustado de técnicos com suposta qualificação superior e poderá provocar instabilidade social”

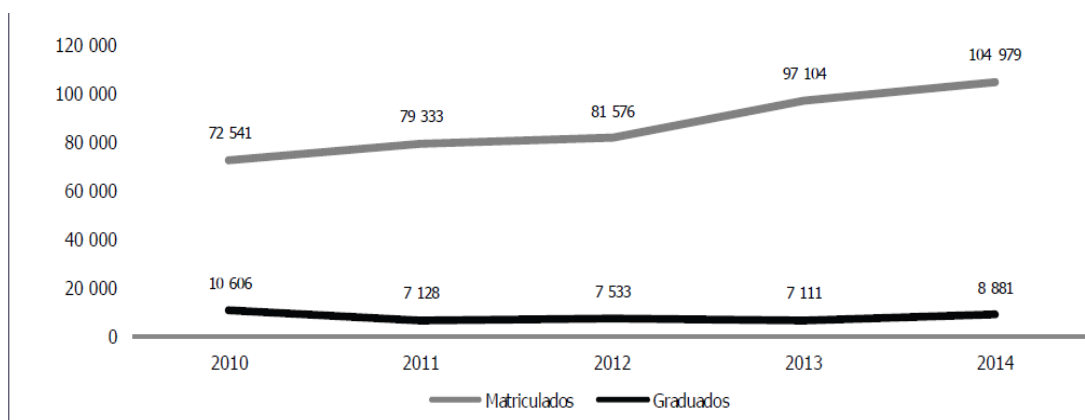
Figura 9 - Estudantes matriculados e graduados do Ensino Superior Público, Moçambique 2010-2014



Fonte: MINEEDH, estatística de Ensino Superior 2014

O gráfico a seguir mostra que não existe muita diferença entre ensino superior público e privado em termos da tendência entre o número de matriculados e graduados, isto é, em ambos os sistemas há mais matriculados do que graduados. Neste ensino, verificou-se um aumento do número de matriculados no ensino superior ao dos graduados, em cerca de 82% de 2010 para 2014, embora tenha havido uma redução em cerca de 36% de 2012 para 2013. O número de graduados aumentou em 52% de 2010 para 2014. (Figura 10)

Figura 10 - Estudantes matriculados e graduados no Ensino Superior Privado, Moçambique 2010-2014



Fonte: MINEEDH, estatística de Ensino Superior 2014

O quadro a seguir apresenta a distribuição percentual de estudantes matriculados e graduados por área de formação no ensino superior público cerca de 36,6% matriculados no ensino superior público estavam matriculados em 2014 na área de Ciências Sociais Gestão e Direito, sendo as mulheres com maior representatividade, segue-se-lhe a de Educação com 28% com um equilíbrio no género. O mesmo padrão se verifica relativamente aos graduados, com uma diferença clara na Educação onde os homens se graduam mais que as mulheres. (Quadro 5)

2.3.2. Desafios do Ensino Superior.

Universidades que não forem capazes de crescer e de criar massa crítica (docentes e investigadores envolvidos em ações de formação pós-graduada associada a projetos de investigação) correm o risco de optar por estratégias facilitistas em busca da sobrevivência financeira.

A diminuição é um elemento fundamental de qualidade de sobrevivência económica. Só com dimensão é possível possuir massa crítica e aplicar estratégias integradas de formação nos diferentes níveis: investigação associada às áreas de ensino, formar

corpo docente próprio (*in breeding*), realizar extensão universitária, atrair corpo docente de prestígio, estabelecer parcerias internacionais com instituições de mérito e participar em programas de mobilidade de estudantes, docentes e investigadores. Estes não podem ser horizontes de longo prazo porque já se está atrasado.

O Sistema Nacional de Educação considera que é um desafio, é à qualidade, e o nível da formação dos docentes, incluindo didática e pedagogicamente. Reconhece-se que estamos a viver numa era em que já se renunciou à abordagem centrada no ensino e se passou a buscar metodologias que promovam a autoaprendizagem, o desafio da capacitação dos docentes deve dar enfoque também à aprendizagem à distância, promovendo a eficácia do autoestudo.

Sugere-se que, em ambiente de competição e condições semelhantes, o ensino público e privado sejam analisados e exigidos com os mesmos critérios. Os protecionismos e privilégios da natureza pública ou os facilitismos por influência e *lobby* político em defesa de interesses privados devem ser eliminados, competindo aos estudantes a seleção das escolas onde desejam formar-se em função sobretudo da qualidade real e apercebida pela sociedade e as oportunidades de emprego e empregabilidade pós-formação.

Compete ao Estado criar contextos e ambientes que coloquem as instituições de ensino superior, públicas e privadas, em iguais condições de partida que permitam que a competitividade não se diferencie por condições diversas de financiamento, subsídios e outros protecionismos e sim pela qualidade do ensino, investigação, capacidade de intervenção e influência na sociedade, pelos serviços prestados aos estudantes e pela perceção que a sociedade possui das diferentes universidades.

2.4 - A formação na Universidade Católica de Moçambique.

A Universidade Católica de Moçambique entende que o compromisso com a educação para o desenvolvimento não pode subestimar os problemas atuais que

afligem o Continente Africano, tais como a má gestão da riqueza e a falta da distribuição equitativa dos recursos, a falta do espírito de competitividade, o enfraquecimento dos padrões éticos e a questão da qualidade da educação. Estes problemas existem como um crescente desafio em África e impedem a realização de um desenvolvimento integral e solidário.

Com o compromisso de que uma das tarefas fundamentais da educação superior não é apenas formar intelectualmente as gerações atuais, mas também contribuir para que os jovens se advirtam da necessidade de superar a cultura individualista, abraçando o espírito de interdependência e solidariedade. Se quiséssemos adiantar uma sugestão, olhando para a vocação das Universidades, diria que o compromisso mais sério com a educação para o desenvolvimento do País passa incontornavelmente pela adoção da exigência de modelos de desenvolvimento que prevejam a construção, na sociedade, de uma vida mais digna.

Por outras palavras, a vocação natural da Universidade consiste em contribuir para a elevação das potencialidades intelectuais, da criatividade e da dignidade inalienável da pessoa humana.

Nesta ótica, as Universidades Católicas são chamadas a propor uma obra educativa e cultural, incutindo nos jovens e/ou adultos a formação de uma personalidade madura, de um elevado sentido de responsabilidade e profissionalismo.

Daí que nos seus *currículos* a Universidade Católica de Moçambique contemple disciplinas como a *Doutrina Social da Igreja*, *Mundividência Cristã*, *Ética Social* e *Ética Profissional*, além das atividades extracurriculares, tais como a *Pastoral Universitária e Reflexões* promovidas pelos Núcleos e Associações dos Estudantes, entre outras.

Este modo de encarar a educação superior reforça a convicção de que a fundamental missão da Universidade Católica não é senão preparar integralmente profissionais de que a sociedade necessita (Ferreira A. , 2010).

2.4.1. Criação da Universidade

Os fundamentos legais da criação da UCM têm o seguinte enquadramento. Em 1996 pela publicação no “Boletim da República” (publicação oficial da república de moçambique) Conselho de Ministros: Pelo Decreto n.º 43/96 autoriza a Conferência Episcopal de Moçambique, a criar a Universidade Católica de Moçambique, com sede na cidade da Beira, província de Sofala.

Segundo o decreto n.º 43/95 de 14 de Setembro uma das grandes prioridades do Estado e Governo da República de Moçambique é a “formação do Homem que se consubstancia no desenvolvimento do ensino e investigação científica aos vários níveis”. Assim, através da Lei n.º 1/93, de 24 de Junho, o Estado encoraja que as diferentes forças da sociedade se associem àquele objetivo, criando instituições de Ensino Superior. Considerando o significado e o relevante interesse público do Ensino Superior e seu contributo no desenvolvimento do país e considerando o interesse da Igreja Católica em ministrar cursos superiores sem fins lucrativos, nos termos do n.º 1 do artigo 9, da Lei n.º 1/93, de 24 de Junho, o Conselho de Ministros decreta:

Artigo 1 É autorizada a Conferência Episcopal de Moçambique, a criar a Universidade Católica de Moçambique, com sede na cidade da Beira, província de Sofala.

Artigo 2 A Universidade Católica de Moçambique é uma pessoa coletiva de utilidade pública, gozando de autonomia científica, pedagógica, patrimonial, administrativa, financeira e disciplinar.

3.1 A Universidade Católica de Moçambique ministrará cursos para o exercício de profissões liberais, de funções públicas, de atividades culturais, científicas e técnicas e a preparação de quadros para ministérios especificamente eclesiais.

3.2 Os cursos ministrados na Universidade Católica de Moçambique, à exceção dos da área das disciplinas Filosófico-Teológicas, enquadram-se no Sistema Nacional do Ensino.

Artigo 4 O acesso aos cursos ministrados pela Universidade Católica de Moçambique, salvo a área das disciplinas Filosófico-Teológicas, estará

sujeito aos critérios legalmente fixados para o Ensino Superior Público, independentemente de outros estabelecidos pela instituição.

Artigo 5.1 A Universidade Católica de Moçambique reger-se-á pelos Estatutos em anexo ao presente decreto do qual são parte integrante, e pelas normas próprias da Constituição Apostólica Ex-Corde Ecclesiae.

5.2. Qualquer proposta de alteração aos Estatutos deverá ser submetida à apreciação do Conselho Nacional do Ensino Superior para posterior decisão do Conselho de Ministros. Aprovado pelo Conselho de Ministros. Publique-se. O Primeiro-Ministro, Pascoal Manuel Mocumbí.

2.4.2. Direção e administração superior da Universidade

Dos estatutos da UCM, transcreve-se:

Artigo 22 1. A UCM encontra-se sujeita a um sistema de governo e administração superior, em que se combinam as responsabilidades da Igreja e do Estado, as exigências da autonomia, quer em plano nacional quer em plano regional, e bem assim a salvaguarda de unidade da instituição como um todo.

2. São órgãos hierárquicos superiores da UCM a congregação da Educação Católica e a Conferência Episcopal de Moçambique.

3. São órgãos individuais de governo da UCM o Magno Chanceler e o Reitor com um ou mais Vice-Reitores.

4. São órgãos colegiais de governo da UCM o Conselho Universitário, o Conselho de Reitoria e o Conselho de Gestão Financeira.

Verifica-se assim que a UCM, apesar da sua autonomia e órgãos próprios se compromete com os objetivos e as leis do Estado. Os órgãos referidos são semelhantes aos da maioria das universidades católicas, nomeadamente da Universidade Católica Portuguesa.

2.4.3. A Universidade Católica ao serviço da evangelização

Dos estatutos da UCM, transcreve-se:

1. Por força da natureza específica de uma Universidade Católica, a UCM preocupar-se-á continuamente com a evangelização dos seus membros, em

pleno respeito da liberdade de consciência e em conformidade com os princípios do Ecumenismo e do Diálogo entre a Igreja e a sociedade.

2. A evangelização da comunidade acadêmica da UCM far-se-á, quer pela inspiração cristã de todo o ensino, quer pela pastoral universitária.

3. A pastoral universitária oferecerá aos membros da comunidade acadêmica a ocasião de coordenar o estudo e outras atividades universitárias com os princípios religiosos e morais integrando assim a vida com a fé.

4. Aos serviços da pastoral universitária de cada centro da UCM preside o Capelão, nomeado pelo Prelado Diocesano.

5. O Capelão, no exercício da atividade pastoral dentro da UCM, depende do Prelado Diocesano, devendo, todavia, coordenar a sua ação com o Reitor, ou com o Presidente do Centro Regional, que lhe garantirá os meios necessários.

6. A pastoral universitária no interior da UCM integra-se no conjunto da pastoral universitária da própria Diocese.

A Pastoral Universitária é parte integrante da missão das universidades católicas e a UCM não é exceção. A visão cristã do mundo é assim, naturalmente base e fundamento da educação oferecida.

Para uma instituição católica, “o empenho em anunciar o Evangelho aos homens do nosso tempo, animados pela esperança, mas ao mesmo tempo torturados muitas vezes pelo medo e pela angústia, é sem dúvida alguma um serviço prestado à comunidade dos cristãos, bem como a toda a humanidade” (PAULLOVI, 1982)

O Concílio Ecuménico Vaticano II considerou atentamente a extrema importância da educação na vida do homem e a sua influência cada vez maior no progresso social do nosso tempo. Na verdade, a educação dos jovens, e até certa formação continuada dos adultos, tornam-se, nas circunstâncias atuais, não só mais fáceis mas também mais urgentes. Com efeito, os homens, mais plenamente conscientes da própria dignidade e do próprio dever, anseiam por tomar parte cada vez mais ativa na vida social e, sobretudo, na vida económica e política; por outro lado, os admiráveis progressos da técnica e da investigação científica, e os novos meios de comunicação social dão aos homens oportunidade de, gozando por vezes de mais tempo livre, conseguirem mais facilmente a cultura intelectual e moral e de mutuamente se aperfeiçoarem, mercê dos laços de união mais estreitos no nível associativo e

internacional, cultivam-se, com novas experiências, os métodos de educação e de instrução; realizam-se grandes esforços para que tais métodos estejam à disposição de todos os homens, embora muitas crianças e jovens ainda não possuam a formação mais elementar, e tantos outros careçam de educação adequada, na qual se cultivem simultaneamente a verdade e a caridade. (Vaticano, 1965).

A Universidade Católica, em razão de sua identidade confessional, traduz nas atividades de ensino, pesquisa e extensão, o seu modo peculiar de anunciar a mensagem cristã. Evangelizar significa, ao mesmo tempo, testemunhar e anunciar o Evangelho, isto é, viver e proclamar as exigências da mensagem cristã. Jesus ordenou a seus discípulos que fossem pelo mundo afora, pregando o Evangelho, anunciando a todos os povos, raças e culturas a sua mensagem de amor ao próximo. A ordem de Jesus - "Ide e evangelizai a toda a criatura" - não tem apenas uma conotação geográfica e cultural que engloba todas as regiões e raças do mundo, mas também uma referência a todas as classes e ambientes sociais, incluindo o mundo dos intelectuais e o ambiente universitário. Se reconhece, com entusiasmo, que "cresce, em muitos educadores, religiosos e leigos, a consciência de que a sua prática educativa precisa ser sempre mais uma presença da Igreja evangelizando o mundo da educação" (CNBB, 1992). Convida a ter a responsabilidade de refletir sobre como tornar as atividades específicas uma forma especial de viver e de difundir o ensinamento cristão do amor, do respeito à dignidade da vida humana, da atenção aos que sofrem, da fraternidade, da justiça social e do compromisso pessoal com a verdade. A Universidade Católica, assim, como parte da Igreja Católica, deve se empenhar por tornar cada vez mais clara e explícita a sua missão institucional, fazendo das ações pastorais que desenvolve o seu jeito próprio de evangelizar. Desse modo, contribui para a realização da missão da própria Igreja. A pastoral na Universidade Católica garante fidelidade à sua missão e, por essa razão, não pode ser considerada como simples apêndice às tantas atividades que a Instituição realiza. Toda a comunidade acadêmica, incluindo dirigentes, professores, colaboradores e estudantes, precisa de compreender que a pastoral não é tão-somente uma

atividade, mas um modo de ser da própria Universidade. Seguindo os princípios fundamentais sobre a educação cristã a Igreja acompanha igualmente com zelosa solicitude as escolas de nível superior, sobretudo as Universidades e as Faculdades. A universidade católica deve efetuar uma presença, estável e universal do pensamento cristão em todo o esforço dedicado à promoção da cultura superior, e deve ministrar aos alunos formação tal que se tornem homens verdadeiramente notáveis pela doutrina, preparados para os mais pesados cargos na sociedade e para serem testemunhas da fé no mundo. Neste sentido a UCM a nível de todas as suas faculdades, introduziu o curso de Fundamentos de teologia com uma carga de 150 horas. Na Faculdade de Ciências de Saúde, a pastoral universitária esta assumida por um grupo de docentes com ajuda do capelão mor. O programa de atividades é ao longo de todo ano: todas as quartas-feiras celebração da Eucaristia, semestre, visita a lar de crianças ou doentes, preparação de sacramentos aos estudantes que o pedirem, estudo da bíblia e reflexões de alguns documentos atuais da Igreja.

2.4.4.História da Universidade e o processo de descentralização

A UCM foi fundada pela Conferência Episcopal de Moçambique (CEM), com natureza jurídica de pessoa coletiva privada de utilidade pública, e goza de autonomia científica, pedagógica e administrativa.

Para além de ser uma das primeiras universidades privadas do país, é também a primeira com sede fora da capital e a ministrar cursos superiores sem fins lucrativos (cfr. Decreto nr. 45/95 de 14 de Setembro).

A ideia de fundar a UCM surgiu no contexto das negociações de Paz e Reconciliação em Roma (1992). Essa ideia foi lançada e fortemente sustentada por D. Jaime Pedro Gonçalves, Arcebispo da Beira e um dos mediadores das conversações entre o governo da FRELIMO e a RENAMO.

É importante sublinhar que as conversações de Paz em Roma foram o resultado e a coroação de 26 anos de esforços constantes levados a cabo pela Comissão Episcopal de Moçambique para a Justiça e Paz, chegando a convencer os dois beligerantes (FRELIMO e RENAMO) a optarem pela via do diálogo para pôr fim à guerra civil que durou 16 anos e vitimou mais de um milhão de moçambicanos, além de refugiados e destruição de infraestruturas.

Na altura das conversações, D. Jaime Pedro Gonçalves era Presidente da Comissão Episcopal para a Justiça e Paz.

Já em 1976, um ano após a independência política do país, os Bispos Católicos de Moçambique tinham confiado o encargo a esta Comissão de criar condições de diálogo entre a FRELIMO e a RENAMO.

D. Jaime Pedro Gonçalves, na qualidade de Presidente da Comissão Episcopal para a Justiça e Paz, e o Cardeal Alexandre Maria dos Santos, vice-presidente da mesma Comissão, receberam da Conferência Episcopal de Moçambique a missão de contactar os representantes da RENAMO com vista a uma possível aproximação desta ao Governo da FRELIMO.

Vários encontros culminaram com uma conversa havida em Maríngwe entre D. Jaime e Afonso Dlakhama, líder da RENAMO. No encontro, Dlakhama afirmou que estava interessado em acabar com a guerra civil e, portanto, disposto a sentar-se à mesa das negociações com o governo da FRELIMO.

No dia 9 de Agosto de 1990 iniciaram-se, oficialmente, as Conversações de Paz, em Roma, entre a Delegação do Governo da FRELIMO (encabeçada por Armando Emílio Guebuza, atual Presidente de Moçambique) e a Delegação da RENAMO (liderada por Raúl Domingos).

No início de 1992, as Conversações tinham chegado a um impasse e estavam paralisadas. Nessa altura, a RENAMO não queria avançar e apresentava o argumento segundo o qual não importava assinar o Acordo de Paz sabendo que as causas da guerra civil – sobretudo, a situação das assimetrias regionais no processo de

desenvolvimento do país e da exclusão de acesso ao ensino superior para os jovens do Centro e Norte- não iriam mudar.

Segundo a RENAMO, esta situação exigia uma solução, pois, caso contrário, os jovens do Centro e Norte nunca chegariam a assumir posições de responsabilidade e liderança na sua própria terra. Portanto, iria continuar a situação de privilégio para uns e de “colonização” para as populações das regiões Centro e Norte do país.

D. Jaime propôs, então, a criação de uma universidade cuja vocação consistiria na promoção da Paz e Reconciliação e no combate às injustiças estruturais, através da oferta de um ensino de qualidade a todos os jovens moçambicanos, sem distinção de raça, etnia, origem social e confissão religiosa.

A proposta não foi bem acolhida pela FRELIMO, que julgava que a ideia de criação duma universidade com sede na Beira era um sinal evidente de divisão do país.

Apesar disso, a ideia acabou por se impor chegando a desbloquear o impasse das conversações.

O Acordo de Paz foi assinado no dia 4 de Outubro de 1992 e a UCM foi criada oficialmente três anos depois, tendo, em 10 de Agosto de 1996 começado a funcionar oficialmente com as duas primeiras Faculdades: a de Economia e Gestão (na Beira, região central) e a de Direito (região nortenha do país).

Dedicada à expansão da educação superior nas províncias do Centro e Norte de Moçambique, a UCM foi crescendo e hoje possui sete (7) Faculdades e cinco (5) Centros de Pesquisa e Consultoria, além do Ensino à Distância.

2.4.5. Missão da Universidade: oferta de ensino superior de qualidade e inovação

A educação constitui um grande desafio para o desenvolvimento do continente africano e, portanto, é uma das vias privilegiadas para criar uma consciência crítica, combater as desigualdades sociais e preparar recursos humanos capazes de atuar

nos diversos âmbitos da economia, política, saúde, justiça e defesa de direitos humanos e promoção dos valores democráticos.

Tendo em conta que Moçambique necessita de um desenvolvimento integral que coloque a pessoa humana no centro das atenções, os Bispos Católicos traçaram o seu programa pastoral privilegiando o sector da educação superior.

Este é o desafio que os Bispos souberam assumir, quando durante o Acordo de Paz de Roma, sonharam um país pacífico, justo e próspero.

Portanto, através da UCM, os Bispos comprometem-se a contribuir para a reconstrução do país por via da descentralização da oferta de ensino superior de qualidade e inovação, preparando jovens que possam desenvolver as habilidades necessárias e adquirir os conhecimentos precisos, para enfrentar os desafios da vida contemporânea no país, dando resposta ao desenvolvimento moral e socioeconómico do país e das suas comunidades.

Por sua vocação, a UCM é uma comunidade universitária alicerçada nos princípios da verdade e do respeito pela pessoa, através da difusão do pensamento, ideais e valores cristãos. Ela cultiva, desenvolve e preserva a formação integral e ética da pessoa humana. É uma universidade que se consolidou qualitativamente, nas regiões do Centro e Norte, quanto à formação de profissionais comprometidos com a vida e o progresso da sociedade moçambicana.

O seu lema *"celebrando qualidade e inovação"* estimula docentes e alunos a advogarem um ensino de qualidade invejável, procurando marcar diferença quer em seus métodos de ensino, quer na preparação de quadros bem aceites pelo mercado em relação às outras universidades existentes em Moçambique.

Em termos de expansão, a UCM cumpriu o seu compromisso inicial, o de estar presente em todas as províncias do Centro e Norte do país. Com efeito, de 1996 para cá, a UCM está presente nas províncias de Sofala, Manica, Tete, Zambézia, Nampula, Niassa e Cabo Delgado. Com um universo até o 2017 de 28362 alunos entre moçambicanos e estrangeiros.

Até à data de hoje, a UCM já formou muitas pessoas que marcam diferença, quanto à qualidade de serviços que prestam e às suas competências nos diversos sectores de desenvolvimento do País.

Num tempo em que, no País, se propõem reformas do ensino superior, para a internacionalização dos cursos universitários de acordo com o Protocolo de Bolonha, a UCM respondeu a este desafio passando a oferecer os graus de Licenciatura, Mestrado e Doutoramento.

2.4.6. Formação de quadros para favorecer o processo de democratização e boa governação em Moçambique

Sabe-se que, apesar duma aparente estabilidade política que se vive em Moçambique, cresce no país a distribuição desigual dos recursos, registando-se também situações de pobreza generalizada e incompatibilidade de interesses, por um lado, e surgimento de grupos de indivíduos opulentos, por outro.

Além disso, o fenómeno da corrupção é difuso. Isto se deve a um desapropriado sistema de gestão de recursos públicos na aquisição de bens e serviços corroborado pelo baixo nível salarial dos funcionários públicos.

A falta de recursos também se reflete na debilidade do sistema jurídico e das instituições, o que comporta vários desatinos na aplicação das leis e indesejáveis manifestações de desrespeito dos direitos humanos. A isto se junta a escassez da capacidade profissional dos funcionários públicos e os constrangimentos resultantes de uma sociedade civil não coesa.

Isto significa que, sendo um país pós-conflito, há possibilidade de eclosão de um novo conflito, mas esperamos que isso não venha a acontecer.

Ora, as causas de um possível conflito em Moçambique são a pobreza, as assimetrias regionais no processo de desenvolvimento, a exclusão social e a apropriação de bens públicos por parte de alguns detentores do poder.

Na verdade, tal como acontece em muitos outros países africanos, os detentores do poder político em Moçambique tem mais facilidade de acesso às riquezas. Esta situação leva a que, muitas vezes, o exercício do poder seja visto como única via conducente ao acesso fácil e desenfreado aos bens públicos. Entretanto, os Bispos Católicos de Moçambique, e a UCM continuam a contribuir para a construção de um país pacífico, próspero e justo, acreditando que Moçambique pode consolidar a paz e a democracia.

A Universidade Católica de Moçambique (UCM) foi pois fundada oficialmente em 1995 como uma instituição de ensino superior privada (cfr. Decreto n.º 43/95 de 14 de Setembro), é uma instituição da Conferência Episcopal de Moçambique (CEM) com sede na cidade da Beira, província de Sofala.

No dia 10 de Agosto de 1996, abriu as suas portas com uma *Faculdade de Economia e Gestão (FEG)*, na Beira, e uma *Faculdade de Direito (FADIR)*, em Nampula. Seguiu-se uma Faculdade de Ciências de Educação, atualmente *Faculdade de Educação e Comunicação (FEC)* em Nampula (1998), a *Faculdade de Agricultura (FAGRI)* em Cuamba (1999), a Faculdade de Medicina, atualmente *Faculdade de Ciências de Saúde (FCS)*, na Beira (2000), a *Faculdade de Gestão de Turismo e Informática (FGTI)* em Pemba (2002), o *Centro de Ensino à Distância* na Beira (2003) e *Faculdade de Engenharia (FENG)*, a mais recente, no Chimoio no ano 2009. Abriram-se, ainda, três delegações: uma em Tete (2008), outra em Quelimane (2009) e a terceira, de Informática, na Beira (2010). Em 2011, o Conselho Universitário da UCM transformou a Delegação de Quelimane em Faculdade de Ciências Sociais e Políticas (FCSP), extinguiu a Delegação de Informática e criou uma Extensão em Lichinga.

A UCM possui também centros de investigação e consultoria em quase todas as províncias onde se encontra representada. Em Pemba: Centro de Investigação de Desenvolvimento Sustentável e Tecnológico (CIDST). Em Cuamba: Centro de Investigação Agrária e Desenvolvimento Sustentável (CIADS). Em Nampula: Centro de Investigação Konrad Adenauer (CIKA), Centro de Investigação e Desenvolvimento Comunitário (CIDC), Unidade de Aconselhamento Jurídico (UAJ). Em Tete: Centro de

Investigação de Recursos Naturais e Desenvolvimento (CIRNDE). Em Chimoio: Centro de Investigação de Tecnologias e Desenvolvimento (CITED). Na Beira: Centro de Investigação em Gestão e Economia Aplicada (CIGEA), Centro Santo Agostinho, Centro de Investigação Geográfica (CIG), Centro de Investigação de Doenças Infeciosas (CIDI). O Instituto Integrado de Apoio à Investigação Científica (IIAIC), coordena as atividades destes centros.

2.4.7. Valores da Universidade

Quando se pensa em formação humana a educação passa a ser vista através de dois aspetos: formação pessoal, moral e ético e formação educacional. A formação pessoal a universidade tem a missão de formar profissionais delineadas de valores morais e éticos para construir uma sociedade mas harmonizada na justiça e a paz. Dentre os valores observados pela UCM são:

- **Promoção da Pessoa e da Vida:** promover o desenvolvimento pessoal de cada colaborador e cada um dos seus educandos, qualquer que seja a sua idade e condição, criando um ambiente rigoroso e exigente de aprendizagem, investigação científica e prestação de serviços para todos;
- **Busca da Verdade:** buscar permanente, infatigável e criticamente a verdade, através do ensino e aprendizagem, da investigação científica e extensão, fazendo dessa busca a essência da sua missão como Universidade;
- **Defesa da Liberdade e Independência:** desenvolver, em liberdade e independência, práticas de ensino, investigação científica e prestação de serviços;
- **Promoção da Solidariedade:** cultivar a solidariedade como valor que mais e melhor fará desenvolver a comunidade e o mundo que habitamos e que queremos que tenha um rosto cada vez mais humano;
- **Promoção da Democracia, Cidadania e Patriotismo:** promover os valores democráticos e dos cidadãos num Estado de Direito; cultivar o amor e defesa à pátria,

as liberdades de consciência, de escolha e pensamento, respeitando a diversidade religiosa, cultural, étnica e a dignidade da pessoa humana.

A Universidade Católica de Moçambique assume um forte compromisso com a sociedade que a envolve. Está ao serviço do bem comum, contribuindo para o desenvolvimento da comunidade e crescimento pleno do homem. Promove o diálogo, a justiça e a paz, o que justifica pelas circunstâncias em que foi criada.

2.4.8 Atividade da Universidade

A expansão das Escolas de formação de profissionais da área de Saúde, no País, tem uma história muito recente como foi dito anteriormente. Aliás, o processo de mudanças operadas no sector da educação segue as diretivas do Banco Mundial dos *Objetivos do Milénio* (definidos em sede das Nações Unidas), que buscam apoiar processos de desenvolvimento sustentável nos Países em vias de desenvolvimento, tais como a luta contra a fome e a desnutrição, valorização dos recursos humanos e promoção do acesso à instrução de base e da formação, luta contra as doenças pandémicas (HIV-AIDS, malária e tuberculose) e reforço das capacidades de gestão dos sistemas sanitários de base, assegurando o acesso aos serviços de saúde às faixas mais vulneráveis das populações.

Se até 1995 existia, no País, apenas uma escola de Medicina sediada em Maputo, hoje podemos encontrar muito mais escolas de Ciências de Saúde públicas e privadas.

A UCM abriu a Faculdade de Medicina, em 2000, na cidade da Beira, região central do País, fora da capital do País, inicialmente para a formação de médicos generalistas.

A Faculdade de Medicina da UCM nasceu como concretização de um sonho defendido por membros do Episcopado e leigos universitários, e foi um projeto tornado possível graças à cooperação internacional, envolvendo esforços conjugados de amigos, professores, médicos italianos de médicos com Africa (CUAMM) e de outros países.

Surgiu com o objetivo primordial de ajudar o País a formar médicos altamente qualificados e elevar o número de profissionais de Saúde que, integrados no Serviço Nacional de Saúde, pudessem contribuir para incrementar a melhoria dos serviços sanitários.

Atenta à realidade social, a Faculdade de Medicina foi transformada em Faculdade de Ciências de Saúde, passando a oferecer, a partir de 2008, outros programas académicos da área de Saúde, tais como o *Curso Superior de Enfermagem* (2008), a *Licenciatura em Análises Clínicas e Laboratoriais* (2009), a *Licenciatura em Administração e Gestão Hospitalar* (2009), a *Licenciatura em Estudos Interdisciplinares sobre HIV-SIDA e Saúde* (2010), a *Licenciatura em Psicologia Clínica e Assistência Social* (2011), o *Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre HIV-SIDA e Saúde* (2012) e o *Mestrado em Saúde Pública* (2012).

Abrindo-se à universalidade dos saberes e à dinâmica social que demanda melhores serviços sanitários, esta Faculdade foi crescendo ao ritmo das suas possibilidades, amparada na boa vontade e colaboração profissional de muitos dos seus parceiros de cooperação internacional, para se colocar ao serviço da vida humana.

Todos os programas académicos da Faculdade são motivados pela busca de soluções adequadas à melhoria dos serviços de saúde no País, tendo em conta que, pela sua extensão geográfica, existe em Moçambique um número insuficiente de médicos e outros profissionais de saúde.

2.4.9. Atividades de promoção da saúde e cooperação internacional

A Faculdade de Ciências de Saúde da UCM entende que o compromisso com a formação de profissionais de saúde não pode subestimar os problemas de saúde que afligem o País, a escassez destes, sobretudo, nas zonas rurais, o enfraquecimento dos padrões éticos nos profissionais de saúde. Estes problemas existem como um crescente desafio em Moçambique e isto só será possível com um desenvolvimento

integral e solidário, se apostarmos numa proveitosa cooperação internacional e entre instituições de formação do país.

No caso da FCS, os programas de formação de profissionais da saúde contam com vários intervenientes e no âmbito das suas atividades de formação realizou protocolos mais significativos com os profissionais de saúde de Itália, Espanha, Holanda, Portugal, Brasil, Inglaterra e Estados Unidos de América.

Até 2016 foram graduados 340 médicos e 124 enfermeiros, todos com colocações em todas províncias de Moçambique.

São 118 os recursos humanos da FCS (Quadro 6) sendo 96 os docentes, 6 dos quais estrangeiros a tempo integral

Quadro 6 - Pessoal da Faculdade de Ciências de Saúde

Pessoal que trabalha na FCS	N°
Docentes a tempo inteiro	40
Docente a tempo parcial	50
Docentes estrangeiros a tempo inteiro	06
Pessoal Administrativo	32
Pessoal de apoio	20

Fonte: Recursos humanos da FCS- UCM- 2016

Em 2016 a FCS contou com 582 novos ingressos (Quadro 7) sendo 227 para o propedêutico de medicina, a seguir com 89 para enfermagem, sendo um número significativo pela primeira vez.

Quadro 7 - Novos ingressos de 2016 FCS-UCM

Cursos	Ingressos no 2016
Analises Clínica	54
Enfermagem	89
Farmácia	84
Gestão e Administração Hospitalar	85
Propedêutico de Medicina	227
Psicologia	43

Fonte: Registos académicos da FCS- UCM- 2016

Neste ano o total de estudantes (Quadro 8) cifrou-se em 1140 dos quais 276 em medicina, 227 no propedêutico de medicina, 210 em farmácia e 180 em enfermagem.

Quadro 8- Numero total de estudantes na FCS-UCM – 2016

Cursos	N° de Estudantes
Analises Clínica	114
Enfermagem	180
Farmácia	210
Gestão e Administração Hospitalar	68
Medicina	276
Mestrado em Saúde pública	44
Propedêutico de Medicina	227
Psicologia	21
Total	1140

Fonte: Registos Académicos da FCS- UCM- 2016

2.5. A opção pelo método Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL)

A Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) é uma proposta curricular, que objetiva a integração de disciplinas tendo em vista a prática focada em situações problema e o aluno como sujeito ativo do seu processo de aprendizagem. Para (Gomes, et al (2009). PBL é considerada uma das mais significativas inovações na educação das ciências médicas nos últimos anos, surgindo como um movimento de reação aos currículos das escolas tradicionais que privilegia e/ou privilegiava o ensino centrado no professor. Pensando neste novo perfil de graduados, algumas instituições reviram a sua metodologia de ensino na prática das ciências médicas e descobriram que a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) pode contribuir ricamente para os cursos de ciência da saúde. O PBL é uma técnica de ensino que foi constituída na Universidade de McMasters no Canadá e que após a sua implantação nesta universidade outras instituições de ensino passaram a implantar a técnica nos cursos de graduação, entre eles odontologia, saúde pública, psicologia e direito. Aderem a Universidade Maastrich-Holanda e outras como: Harvard e Cornell em EUA

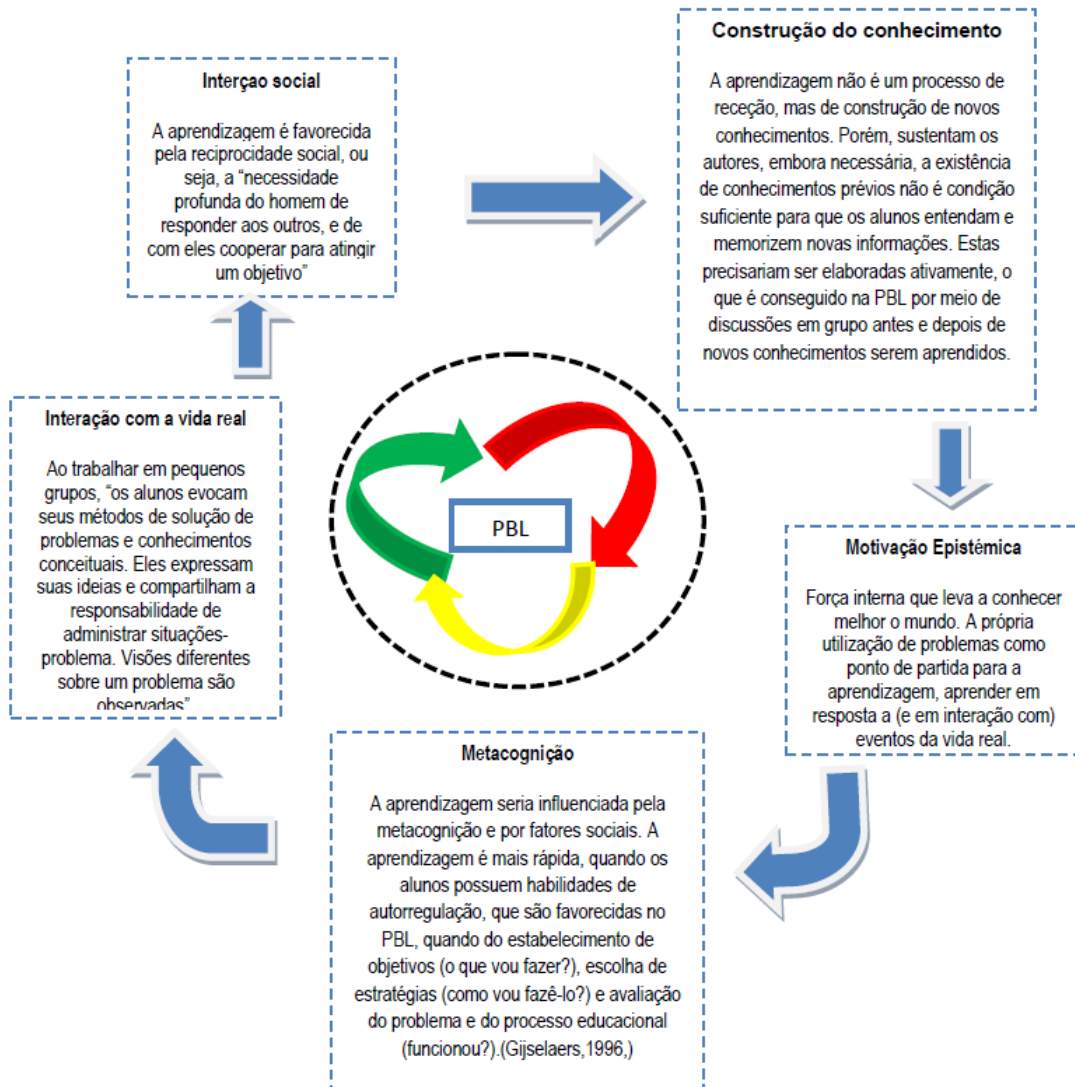
Em Moçambique, a Universidade Católica, iniciou em 2008 também o curso superior de enfermagem com o método de ensino PBL. A autora, enquanto a investigadora e sujeito desta experiência, tenta verificar como este processo foi desenvolvido ao longo destes anos, como é percebido e como vai respondendo às necessidades do sistema de saúde no país, sendo esta experiência inovadora na realidade de formação de enfermeiros em Moçambique.

As parcerias que a UCM adquiriu neste processo de abertura de novos cursos da saúde, foi com a Organização Neerlandesa para Cooperação Internacional em Educação (NUFFIC) de Holanda, que propôs iniciar com o método de ensino PBL, oferecendo médicos especialistas da Holanda, Alemanha e Inglaterra, alguns dos quais ainda continuam a apoiar os cursos.

2.5.1. Método do PBL

A Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) é, essencialmente, um método de instrução caracterizado pelo uso de problemas da vida real para estimular o desenvolvimento de pensamento crítico e habilidades de solução de problemas. Embora conte com mais de 30 anos de pesquisa e utilização bem-sucedida, o PBL tem sido ocasionalmente criticado por não ter uma base científica. Isto ocorre porque nenhuma fundamentação teórica específica foi explicitada pelos seus idealizadores (PENAFORTE, 2001). No entanto, como as ideias não surgem no vazio, os princípios da aprendizagem que formam a base da PBL (Figura 11) parecem derivar das teorias de Ausubel, Bruner, Dewey, Piaget, Rogers (DOCHY *et al.*, 2003) e Freire (BARRETT, 2001), entre outros. SCHMIDT (1993) acredita que a técnica PBL no seu formato original teria as suas raízes no princípio da aprendizagem autónoma de Dewey e na ideia de Bruner, de que a motivação intrínseca (epistêmica) atua como uma força interna que leva as pessoas a conhecer melhor o mundo. A própria utilização de problemas como ponto de partida para a aprendizagem, segundo o autor, também poderia ser atribuída a Dewey, que ressaltava a importância do aprender em resposta a (e em interação com) eventos da vida real. Estavam assim considerados alguns princípios fundamentais, que se apresentam na Figura 11.

Figura 11 - Alguns princípios da aprendizagem que fundamentam a PBL



Fonte: Currículo de Enfermagem, UCM - 2015

O PBL é assim um método que procura aprofundar o conhecimento do estudante, com estratégias e comportamentos aplicáveis, por meio de leituras prévias, discussões em grupos, e propõe despertar nos estudantes as habilidades de resolver problemas e o raciocínio crítico. De acordo com Camp (1996), como filosofia educacional, o PBL aproxima-se particularmente do construtivismo, que considera o conhecimento não absoluto, mas construído a partir do conhecimento prévio e da visão de mundo de cada indivíduo.

Ribeiro (2005), expõe que a maioria dos autores encontra fundamentação para o PBL na premissa da psicologia cognitivista de que a aprendizagem não é um processo de repetição (quando não há relação do novo conteúdo com o anterior, sem significado), mas de construção de novos conhecimentos (relaciona-se o novo conteúdo com o conhecimento prévio do estudante). Schmidt (1993), afirma que o PBL, como um modelo de aprendizagem e instrução, propõe os seguintes efeitos cognitivos na aprendizagem do estudante: (i) ativação do conhecimento prévio – a análise inicial do problema estimula a recuperação de conhecimento adquirido anteriormente; (ii) a elaboração sobre o conhecimento prévio através da discussão em pequenos grupos, tanto antes quanto depois que o novo conhecimento tenha sido adquirido; processamento ativo da nova informação; (iii) reestruturação do conhecimento a fim de se ajustar ao problema apresentado; (iv) aprendizagem no contexto; (v) os estudantes percebem a relevância do assunto a ser aprendido; (vi) os estudantes são responsáveis, eles próprios, pelo que deve ser aprendido e a motivação intrínseca para a aprendizagem cresce.

2.5.2. Estrutura fundamental do PBL

O estudo por meio do PBL traz mudanças para o papel dos professores e estudantes. Cria-se um grupo tutorial, composto de um tutor (professor) e de 5 a 8 estudantes, dos quais um será o líder e outro secretário. Os professores passam a ser tutores que, conforme Ribeiro (2005) tem a função de orientar, facilitar, explicar conceitos,

ajudar os alunos a delinear questões, sanar dúvidas em relação aos requisitos do projeto e às tarefas a serem cumpridas. *Um bom tutor*, segundo Queen's University (2006), deve ter as seguintes características: conhecimento, atributos pessoais (aceitação e responsabilidades) e habilidades. Mannin, et al (2002) observa que o tutor facilita e auxilia a aprendizagem sem ser a fonte primária de informações, usando as perguntas dos estudantes para explorar e estimular o pensamento. O tutor, também, auxilia o grupo a fixar padrões para aprofundar e ampliar o conhecimento, desenvolver habilidades de raciocínio, melhorar as habilidades de comunicação, adotar comportamentos e atitudes profissionais, bem como a desenvolver habilidades de autoavaliação e de avaliação dos seus pares.

A atuação do professor para o PBL exigirá dele mais participação, planejamento, trabalho cooperativo e tomada de decisões. (Soares M. A., 2008)

Existem dois papéis de destaque para os estudantes: Segundo Rios, (2000): são responsáveis pelo "gerenciamento" dos encontros e das discussões, garantindo a participação de todos. Os secretários escrevem o que foi dito (etapas da discussão), facilitando a participação de todos. Os papéis de líder e secretário devem ser compreendidos e desempenhados rotativamente por os elementos do grupo, se possível. Dessa forma, cada estudante terá a experiência de ser líder, secretário e componente do grupo de estudo, o que lhe proporcionará uma ampla experiência, desde líder a componente do grupo, obtendo em cada função uma experiência e uma visão diferenciada de trabalho em equipa.

De acordo com Ribeiro (2005) os estudantes são solicitados a assumir a responsabilidade pela sua aprendizagem através do trabalho, em equipa, para identificar, analisar e resolver problemas utilizando conhecimentos e experiências anteriores de curso para avaliar as suas próprias contribuições e as dos seus pares e ainda proporcionar imediatamente, ao professor, o feedback sobre o curso e como melhorá-lo continuamente.

Quadro 9 - Descrição dos papéis dos participantes do grupo tutorial

Estudante coordenador	Estudante secretário	Membros do grupo	Tutor
<ul style="list-style-type: none"> Liderar o grupo tutorial Encorajar a participação de todos Manter a dinâmica do grupo tutorial Controlar o tempo Assegurar que o secretário possa anotar adequadamente os pontos de vista do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Registrar pontos relevantes apontados pelo grupo Ajudar o grupo a ordenar seu raciocínio Participar das discussões Registrar as fontes de pesquisa utilizadas pelo grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhar todas as etapas do processo Participar das discussões Ouvir e respeitar a opinião dos colegas Fazer questionamentos Procurar alcançar os objetivos de aprendizagem 	<ul style="list-style-type: none"> Estimular a participação do grupo Auxiliar o coordenador na dinâmica do grupo Verificar a relevância dos pontos anotados Prevenir o desvio do foco da discussão Assegurar que o grupo atinja os objetivos de aprendizagem Verificar o entendimento do grupo sobre as questões discutidas

Adaptado de Wood, 2003

a) Grupo tutorial: são pequenos grupos, tradicionalmente compostos por oito a dez estudantes e um tutor. Dependendo do número de estudantes, o grupo pode optar, a cada sessão, por eleger um coordenador e um secretário, sendo que esses papéis devem rodar entre os alunos nas diferentes sessões, de forma a propiciar que todos sejam coordenadores e secretários, conforme foi concordado ao início dos tutoriais. O tempo de cada sessão pode variar de acordo com o número de integrantes e com o tipo de problema apresentado. Sessões muito extensas, com mais de três horas de duração, podem ser cansativas e levar à redução da atenção e da produtividade individual e do grupo. Quando o grupo é composto, é recomendável que todos os integrantes, juntos, estabeleçam regras claras de funcionamento, a fim de garantir o trabalho harmônico ao longo das sessões. (Barrows, 1980); (Sakai & Lima, 1996). Geralmente os grupos são rearranjados a cada módulo ou semestre, de modo que os estudantes aprendam a trabalhar com diversos colegas. Desta forma, o pequeno grupo facilita o processo de aquisição de conhecimentos e contribui de maneira

significativa para o desenvolvimento de outros atributos na formação do aluno, entre eles: habilidades de comunicação, trabalho em equipa, solução de problemas, respeito para os colegas e desenvolvimento de postura crítica. O trabalho em grupo é um processo de aprendizagem casual cuja análise e resolução do problema passa segundo Wood (2003) por uma sequência de 7 passos (Quadro 10) cujo resultado conseguido de cada um deve resultar em aprendizagem conseguida (Quadro 12). Passa-se a desenvolver a formação deste processo em duas sessões de grupo (Wood, 2003); (Bligh, 1995).

Quadro 10 - Passos de um grupo tutorial

Análise

Passo 1: esclarecer termos e/ou expressões desconhecidas no problema

Passo 2: definir o problema a ser discutido

Passo 3: análise e troca de conhecimentos sobre o problema (“chuva de ideias”). Tentativa de solucionar o problema com base nos conhecimentos prévios

Passo 4: revisão dos passos 2 e 3, com sistematização das hipóteses do passo 3 para resolução do problema

Passo 5: definição dos objetivos de aprendizagem

Intervalo

Passo 6: levantamento de recursos de aprendizagem e estudo individual

Resolução

Passo 7: discussão e resolução do problema a partir da revisão do Passo 4, à luz dos conhecimentos adquiridos no Passo 6.

Adaptado de Wood, 2003

Quadro 11 - Relação entre os Sete Passos e os fundamentos da aprendizagem

Passo	Aprendizado
1. Esclarecimento de termos e/ou expressões desconhecidas no problema	Dependência do contexto
2. Definição do problema a ser discutido	Dependência do contexto
3. Análise e troca de conhecimentos sobre o problema (“chuva de ideias”)	Ativação dos conhecimentos prévios
4. Revisão dos passos 2 e 3, com sistematização das hipóteses do Passo 3 para resolução do problema	- Elaboração preliminar de novas informações. - Motivação para a aprendizagem
5. Definição dos objetivos de aprendizagem	Motivação para a aprendizagem
6. Levantamento de recursos de aprendizagem e estudo individual	Aquisição e elaboração de novos conhecimentos
7. Discussão e resolução do problema a partir da revisão do Passo 4	- Reformulação e sistematização, elaboração dos conhecimentos - Estruturação de redes de conhecimentos

Adaptado de Wood, 2003

b) Primeira sessão em grupo

A dinâmica da sessão em grupo inicia-se com a apresentação do problema, o qual pode ser simulado ou real. Nessa etapa, devem ser identificados possíveis termos desconhecidos, sendo o significado destes elucidado pelo grupo rapidamente ou levado à problematização. De seguida, o grupo deve identificar os problemas a serem discutidos e examiná-los de forma aprofundada o suficiente para delimitar os objetivos da sessão. A discussão segue com a intenção de explicar os problemas, utilizando conhecimentos previamente adquiridos e experiências de vida. Esta etapa tem sido denominada “*brainstorming*”, uma vez que os estudantes são encorajados a explicitar todas as associações e significações (Barrows, 1980). Após o “*brainstorming*”,

o grupo deve realizar uma síntese da discussão para facilitar a organização das ideias e a exposição dos limites de conhecimento, a fim de partir para a etapa de construção de hipóteses sobre a natureza do problema. Esta síntese pode ser feita pelo estudante-secretário, tendo o auxílio dos demais membros do grupo. As hipóteses geradas pelo grupo devem ilustrar explicações com base em mecanismos, de forma a entender os conceitos, evitando explicações simplificadas e superficiais. A participação de todos na construção das hipóteses é essencial, pois cada um dos estudantes deve-se identificar com o produto da discussão em grupo, a fim de encontrar o estímulo para a etapa de estudo individual (Barrows, 1980). A partir das hipóteses desenhadas, o grupo deve delimitar os objetivos de aprendizagem, o que pode ser feito na forma de questões. A elaboração das questões de aprendizagem deve refletir toda a discussão realizada nas etapas anteriores, novamente privilegiando o entendimento completo dos conceitos e mecanismos, do “como” em detrimento do “qual”. O tutor deve certificar-se de que todos os estudantes se apoiam dos objetivos delimitados pelas questões de aprendizagem antes do final da sessão. De posse das hipóteses e questões de aprendizagem elaboradas na sessão, os estudantes partem para a etapa de estudo individual. A grade curricular deve incluir espaços para a realização desta etapa e a escola deve garantir o acesso a bibliografias variadas. Faz parte da metodologia ativa de ensino-aprendizagem tornar os estudantes aptos à pesquisa bibliográfica qualificada (Barrows, 1980) e (Davis, 2003).

c) Segunda sessão em grupo

No reencontro do grupo após o estudo individual, os estudantes irão explicitar o produto de suas pesquisas de forma contextualizada, aplicando os novos conhecimentos à resolução das questões elaboradas e à elucidação dos problemas levantados na primeira sessão. É importante que o façam na forma de síntese, elaborada pelo próprio estudante, citando a bibliografia consultada, porém evitando a simples leitura dos textos científicos. Os componentes do grupo devem ser estimulados a ouvir e entender as ideias trazidas pelos colegas, de forma a

complementar as suas sínteses individuais por meio da socialização do conhecimento e da ajuda mútua. O tutor deve estimular a análise crítica tanto da fonte bibliográfica utilizada, como da própria informação trazida, bem como a sua aplicação à situação em discussão. Os estudantes devem ainda ter em mente que os novos conhecimentos adquiridos podem ser aplicados a diferentes situações e contextos (Gomes, Bagnariollo, Moreira, & Hafner, 2009).

d) Avaliação do processo ensino-aprendizagem no método PBL

A avaliação de alunos no contexto do grupo tutorial possui considerável relevância e normalmente é realizada de forma processual, recorrendo-se aos diversos tipos de avaliação: (1) avaliação diagnóstica - determina o desempenho do aluno no início do processo educacional; (2) avaliação formativa - monitoriza o progresso da aprendizagem, e tem como propósito prover feedback ou retorno contínuo tanto para o aluno quanto para o tutor, relativamente a sucessos e falhas na aprendizagem; (3) avaliação sumativa ou certificativa - é desenhada para determinar a extensão do processo para atingir os objetivos de aprendizagem e é usada primariamente na obtenção de graus ou notas ou para certificação do conhecimento do aluno no desfecho da aprendizagem desejada. As técnicas utilizadas para avaliação sumativa são determinadas pelos objetivos de aprendizagem, incluindo testes de aquisição de conhecimentos, escalas de medição de desempenho, como por exemplo a prática de exame físico, e avaliações dos produtos resultantes do processo educacional, como: relatórios, projetos, diários reflexivos e elaboração de programas (Araujo, 2001).

Mamed et al. (2001) apresenta, de modo específico, quatro componentes de um processo de avaliação de alunos em grupos tutoriais, que se relacionam com as categorias supracitadas:

1. Avaliação da base de conhecimentos: através do processo de discussão de um problema, há a elaboração de novos conhecimentos com base nos conhecimentos prévios dos estudos, a partir da identificação de necessidades de aprendizagem pelo

grupo. Além das estratégias de avaliação já descritas, determinados processos intrínsecos ao grupo podem ser considerados. O tutor pode atuar como um avaliador da base de conhecimentos dos participantes, individualmente, e do grupo como um todo. Alguns parâmetros que instrumentalizam o tutor nesta tarefa podem ser as suas impressões sobre a preparação dos alunos para as sessões tutoriais, incluindo a elaboração de questões relevantes, a provisão de evidências do esforço na identificação de material bibliográfico relevante e a apresentação de constructos sintéticos do material estudado. Outra estratégia de avaliação é a própria apreciação do aluno acerca do seu esforço frente à necessidade de aprendizagem. A identificação pelo próprio aluno de lacunas na sua base de conhecimentos potencializa o resultado final da experiência de aprendizagem em PBL.

2. Processo de raciocínio: não apenas o resultado final do processo de aprendizagem (“a aquisição do conhecimento”), mas também o raciocínio e elaboração desses conhecimentos são alvos de interesse da avaliação do aluno. O tutor pode explorar a capacidade do aluno em fundamentar os seus conceitos e definições com raciocínio e evidências. Esta sistemática de “raciocínio baseado em evidência” pode ser avaliada a partir de demonstrações, por parte do aluno, da habilidade em reconhecer os limites do seu próprio conhecimento pela definição dos objetivos de aprendizagem, do questionamento sobre os aspetos discutidos e da conexão entre as hipóteses geradas durante a discussão e o trabalho sobre os recursos de aprendizagem identificados. Este processo de resposta à incerteza (identificação do problema, formulação de hipóteses, teste das hipóteses e reavaliação das hipóteses utilizando os recursos) é crítico em PBL e, conseqüentemente, a sua avaliação é imprescindível;

3. Avaliação das habilidades de comunicação: muitas vezes consideradas como um ponto forte em PBL, as habilidades do aluno em estabelecer um processo efetivo de comunicação dentro do grupo não gozam do mesmo prestígio em relação à avaliação, quando comparadas com os aspetos cognitivos. As habilidades do aluno em ouvir criticamente os colegas, demonstrar interesse e responsabilidade em auxiliar colegas

sem exercer domínios, apresentar as suas ideias de forma lógica, concisa e ordenada, inclusive utilizando recursos (gráficos, transparências, imagens etc.), ao mesmo tempo em que estas são questionadas dentro do grupo tutorial, devem também ser apropriadamente avaliadas;

4. Avaliação das habilidades de avaliação: como desfecho do ciclo avaliativo em PBL, a própria capacidade de avaliação do aluno deve ser demonstrada e avaliada. A habilidade do aluno em se engajar no processo de autoavaliação, avaliação de seus pares e do grupo, a abertura às críticas e a incorporação do feedback obtido em seu comportamento no grupo são alguns elementos.

A Avaliação de acordo com Perrenoud, (2002), deve ser um processo contínuo, mediador na construção do currículo e está intimamente relacionada com a gestão da aprendizagem. O verdadeiro valor da avaliação reside no facto de permitir ao estudante tomar conhecimento dos seus avanços e dificuldades, pelo que deve desafiá-lo a refletir sobre as experiências vividas e a formular hipóteses (Venturelli, 2001). A avaliação faz sentido na medida em que permitir a evolução e identificação de novos rumos. Para tal é importante que possa ser traçado um paralelo entre os resultados obtidos na avaliação e o aproveitamento efetivo do estudante. São várias as formas de avaliação possíveis dentro do currículo do PBL. Podem ser contempladas as avaliações por módulos, a avaliação progressiva dos conhecimentos ou a avaliação de competências associadas a diferentes avaliações informais em que se observa o comportamento do estudante perante determinada situação. O conhecimento adquirido em cada tema associado a cada problema é validado no final de cada módulo temático e deve ter como finalidade avaliar se os estudantes atingiram os objetivos de aprendizagem adequados ao conhecimento do tema em estudo definidos no início (Berbel, 1998). A avaliação de competências pode ser feita através da aplicação de novos instrumentos de avaliação, como os portefólios reflexivos (Sá-Chaves, 2005) e da inclusão da auto e heteroavaliação (Pinheiro, 2008).

No contexto da saúde, a avaliação deve sempre ter em conta o estudante como um todo, incluindo, sempre que possível, a relação profissional de saúde – doente, a idoneidade, a motivação, a perseverança na procura de novas soluções e o relacionamento com os colegas, trabalhando em grupo (Murray, 2000).

2.5.3. PBL na saúde

No domínio da saúde, este modelo de ensino-aprendizagem tem-se mostrado eficaz na promoção de competências do estudante (Dochy, 2003). nomeadamente competências técnicas aliadas a competências transversais, entre as quais se destacam as capacidades de comunicação, pensamento crítico, integração, negociação, trabalho em equipa, liderança, adaptação e autonomia. E o PBL, ao proporcionar um exercício pessoal de reflexão, ou seja, um diálogo introspetivo, mediante o qual o estudante elabora e interioriza conhecimentos, capacidades e habilidades, a partir de experiências anteriores relacionadas com os seus próprios interesses e necessidades, contribui para uma aprendizagem significativa, produzida, em espiral, a partir de práticas de análise, questionamento e reflexão. O estudante torna-se agente (re) construtor do seu conhecimento e aprende significativamente: e o que realmente importa é que a aprendizagem ocorra pela compreensão e seja significativa. Aprender significativamente implica dar significado, sentido e funcionalidade ao que se aprende (Manzini E. , 2003). Para Schom, (1992) a atividade profissional é um saber-fazer teórico e prático, mas também criativo, que permite agir e reagir em contextos diversificados.

Considerando o grau de complexidade e de imprevisibilidade característico do contexto de interação nos cuidados de enfermagem, sobre os quais particularmente nos orientamos, há necessidade de enfatizar estas premissas, o que exige o desenvolvimento de uma abordagem holística, atendendo “o outro” como ser único e singular (Watson, 2002). A aquisição de competências reflexivas e cooperativas torna-se claramente imprescindível.

2.5.4. PBL na Enfermagem

Reportando-nos ao Ensino de Enfermagem, o estudante formado com a metodologia PBL deverá ter uma visão holística do mundo da saúde, onde enfermagem tem um lugar importante, e uma postura de receptividade face à novidade e ao desafio. Será um estudante preparado para: (i) agir com eficiência nas situações concretas e solucionar os problemas de aprendizagem mais prevalentes; (ii) prevenir e enfrentar dificuldades; e (iii) ter uma visão crítica, espírito de investigação e autonomia na busca de conhecimento (Berbel, 1998).

Os enfermeiros necessitam de construir os conhecimentos necessários ao exercício profissional; a capacidade de autoaprendizagem, de trabalhar em equipa, de comunicar eficazmente, de estar motivados, de analisar problemas, identificar objetivos e recursos, demonstrar segurança e autonomia na resolução das situações de modo a poderem trabalhar num contexto de imprevisibilidade. Neste sentido, o PBL parece constituir um método promissor e inovador no campo da educação dos profissionais de saúde, designadamente enfermeiros, estando a ganhar reconhecimento não só pelos resultados que propicia, quer a nível do desenvolvimento do pensamento crítico (Yuan, Kunaviktikul, Klunklin, & Williams, 2008) quer pela aprendizagem em contexto clínico (Williams, 2002) mas pela coerência entre os seus fundamentos e as referências teóricas da enfermagem (Longo, 2011).

As vantagens do método na enfermagem revela nos que: *“Ensinar a resolver problemas consiste não somente em dotar os estudantes de destrezas e estratégias eficazes, mas também em criar-lhes o hábito e a atitude de encarar a aprendizagem como um problema para o qual se tem de encontrar respostas”* (Pozo, 1994), especialmente quando se trabalha na imprevisibilidade.

3. O CASO – O CURSO DE ENFERMAGEM

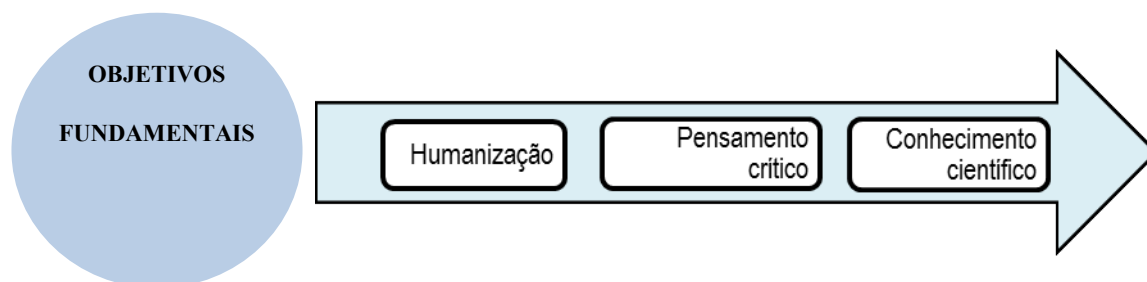
O curso de enfermagem foi criado com o objetivo de formar enfermeiros para as necessidades da população moçambicana, numa perspetiva de trabalho de equipa, desde logo pela formação conjunta com os médicos na UCM. Esta ideia nasce quando se conclui a graduação do primeiro curso de medicina. A direção pedagógica, em coordenação com a reitoria de UCM, assume então que não se pode formar só médicos para melhorar o sistema de saúde no país. Assim se começa a pensar na criação do curso de Enfermagem na mesma faculdade, com o mesmo método e partilhando parte do corpo docente.

Tendo consciência de que a UCM, sob a responsabilidade do Episcopado de Moçambique, tem uma missão e valores que importa manter, começa-se a procurar um docente com perfil adequado que pudesse assumir a coordenação do curso. Considerou-se ter sido encontrada a pessoa certa quando houve conhecimento do trabalho desenvolvido num Centro de Saúde, na cidade da Beira, por uma religiosa licenciada em enfermagem, que aceitou a missão da criação e coordenação do curso de enfermagem.

Sendo sempre, em qualquer circunstância, um grande desafio iniciar um curso de licenciatura em enfermagem, numa faculdade também relativamente recente, o desafio acrescentava a necessidade de o fazer com uma metodologia totalmente nova e pouco usual na formação de enfermeiros, desde a conceção curricular. Além da criação do novo curso com a metodologia PBL, desde logo a coordenadora se focou no que considerou serem os eixos centrais em que o desenvolvimento curricular deveria assentar. Esses eixos surgiram tanto da sua experiência assistencial

em Moçambique quanto da sua formação inicial, já universitária, no Perú. Foram assim assumidos, como eixos: (i) o desenvolvimento humano do estudante para assistência humanizada; (ii) o pensamento crítico do futuro profissional; e, (iii) a capacidade para intervenção rápida com conhecimento científico (figura 12).

Figura 12 - Objetivos fundamentais do Currículo de Enfermagem 2008



As razões que nortearam esta opção foram as que se expõem a seguir:

1. Humanizar é a prática do humano, em outras palavras, pessoas humanas com habilidades e atitudes humanizadas.

Este aspeto é o principal e fundamental para todo o enfermeiro e na realidade de Moçambique, pensamos que ainda tem que o ser muito mais. É um povo pobre e a sua população sofre muito pelo sistema económico e cultural. Cada dia chegam pessoas às consultas num estado quase extremo, seja porque ficaram sem casa, seja por não terem transporte, por não terem dinheiro ou por não terem ninguém para as acompanhar, ou ainda, porque foram tratados tradicionalmente. Muitas destas pessoas têm que enfrentar a realidade da sua doença com medo, com vergonha e com dor, mais evidenciado no caso de VIH/SIDA, Tuberculoses ou ETS, entre outras.

Ante estas realidades que o paciente vive, nem sempre a atitude dos enfermeiros é a adequada, seja porque não dá segurança ao paciente, não dá o apoio emocional e

afetivo, antes é, com frequência recriminatória, já que se trata de problemas de saúde associados a comportamentos. Sem uma atenção particular aos problemas de cada um, nas suas necessidades individuais, sem juízos de valor ou discriminação perde-se o verdadeiro sentido de humanização esquecendo que humanização e cuidado são indissociáveis.

Entende-se por “humano” o que é relativo à natureza humana, que tem o mesmo sentido de humanidade, no qual se incluiu benevolência, clemência, compaixão (Boff, 1999).

2. O pensamento crítico na ação profissional.

O pensamento crítico tem sido definido como um processo intelectual. Uma pessoa crítica identifica e desafia premissas de raciocínio, considera o que é importante numa situação, imagina e explora alternativas, para tomar as decisões de forma certa. É inegável a importância disto na realidade de enfermagem, onde cada dia lidamos com situações que nos exigem tomar uma decisão certa para salvar a vida dos pacientes. Pela realidade de pobreza e escassez de pessoal de saúde, o governo segue “guidelines” e algoritmos de decisão, criando esquemas de identificação e tratamento de patologias, com um ou dois sinais identificativos: algumas vezes pode ser suficiente e outras não. Isto deixa os enfermeiros sem possibilidades de juízo crítico, de pesquisar e saber o porquê de cada uma das suas decisões e muitas vezes isto pode levar a uma atenção mecânica. É importante a consciencialização do problema, para que a mudança ocorra, utilizando os recursos adequados e tomando as decisões certas.

3. Intervenção rápida baseada a evidência científica.

É sabido que uma profissão só consegue construir o seu corpo de conhecimentos e encontrar o foco dos seus cuidados por meio da pesquisa constante. Muitas vezes não se age rapidamente porque não se tem conhecimento, criando um medo que paralisa e as coisas continuam a acontecer. As capacitações que os órgãos do governo

promovem para a utilização de novas técnicas e novas abordagens, visando fazer melhor o atendimento. Mas o conhecimento científico está pouco divulgado, é frequentemente tão pobre quanto a população que serve, levando muitas vezes a erros por omissão, que comprometem a vida do paciente.

Com este olhar, foi construído um currículo muito simples que ao longo dos quatro anos se foi desenvolvendo, até aperfeiçoar e alcançar os objetivos desejados.

3.1 A construção do curriculum

A 20 de Janeiro de 2008 começou-se a preparar o material para iniciar o curso no mês seguinte. A primeira equipa reuniu um médico Holandês, uma médica Italiana, um enfermeiro moçambicano, formado no Brasil, com muita experiência e a coordenadora, também enfermeira, com vasta experiência e formada no Perú, como já referido, autora deste estudo. Podemos dizer que o currículo foi sendo elaborado e implementando simultaneamente.

Começámos a elaborar os guias do primeiro e segundo módulos: Anatomia e fisiologia do Sistema Digestivo e Cardiorrespiratório e nove problemas para cada módulo. Mas havia alguns aspetos próprios de enfermagem que não entravam nos problemas: assim se teve que criar um meio de complementar a formação com algumas palestras e habilidades próprias de enfermagem. O sistema foi tomando outras pequenas adaptações, evidenciando-se desde o início que o método PBL iria precisar de adaptações, nomeadamente com algumas “disciplinas” que o complementavam. Importa referir que a situação do curso de medicina foi resolvida de forma diferente: os estudantes de medicina têm um ano propedêutico em sistema clássico, que permite lecionar algumas disciplinas como inglês, informática, e ética. No curso de enfermagem não há ano propedêutico e os conteúdos tinham que ser lecionados. Um exemplo importante nesta “formação complementar” de enfermagem

é a farmacologia, que acontece ao longo de todo o segundo ano; apesar de ser tratada nos grupos tutoriais, porque se quer aprofundar mais há 2 horas semanais de farmacologia.

Os primeiros tutores foram os médicos recém-graduados que trabalhavam na faculdade a tempo parcial. O curso revelou-se muito exigente para os estudantes, pois o nível de conhecimento exigido era o mesmo que de um estudante de medicina, por exemplo para anatomia e fisiologia.

O curso foi-se desenvolvendo ao longo dos primeiros quatro anos. Estava-se a construir de acordo com as necessidades, as situações constatadas e as propostas de docentes que acompanhavam os estudantes. E, assim, em 2011 estava o currículo completo. Desde aí, a coordenadora e uma professora, médica holandesa, com experiência em PBL no curso de enfermagem têm profundado o currículo até hoje.

Sem entrar em pormenores, cabe já dizer que alguns aspetos contextuais dificultaram o processo de formação do curso. Talvez o mais importante tenha sido o preconceito sobre a formação em enfermagem, numa faculdade que estava preparada para formar médicos (na altura ainda faculdade de medicina), e as diferentes perspetivas sobre a saúde e os utentes: o olhar de médico é diferente do olhar do enfermeiro em qualquer parte do mundo. Muitas vezes se questionou o porquê de uma formação forte em anatomia e fisiologia, se enfermagem não precisava disso – com o argumento de que só precisaria de habilidades técnicas para administração de medicamentos e algumas técnicas básicas. Estas situações, entre outras, faziam olhar para o curso de enfermagem como se fosse um curso de nível inferior o que, direta ou indiretamente, teve influência na autoestima dos primeiros estudantes.

É certo que sempre acreditamos que “médicos e enfermeiros deveriam estar alerta para a ocorrência de conflitos entre eles e, desde o processo de formação, deveriam ser preparados em atividades práticas cotidianas; assim, os conflitos seriam resolvidos de maneira construtiva” (Berti, 2008). Contudo, no dia-a-dia que se ia experimentado, a preocupação era constante: saber que os docentes alimentavam

estas situações desde a formação inicial influenciando a própria direção da faculdade às necessidades do curso de enfermagem na gestão dos recursos existentes.

As salas de habilidades e laboratórios, inicialmente todas adaptadas para o curso de medicina, precisaram de algumas adaptações. Nesse sentido, foi criada uma sala de habilidades próprias para enfermagem, inicialmente apenas com uma cama modelo e um manequim para treino de cuidados de higiene hoje já apetrechada com todo o material necessário para as diferentes habilidades.

Os docentes eram apenas médicos ao longo dos primeiros quatro anos. A partir de 2012, há uma equipa própria de enfermagem com sete enfermeiras a tempo inteiro, para os quatro anos de enfermagem. Foram preparadas para assumir o ensino em enfermagem, capacitadas no método e em pedagogia. Cabe ressaltar que quatro destas docentes são ex-alunas que já foram formadas na UCM, o que facilita a integração no método de ensino. Continua-se a contar com médicos especialistas, para determinados módulos, ou quando a carga horária é demasiada para a equipa de enfermagem.

As docentes de enfermagem estão no período da manhã nos estágios, nos hospitais ou em centros de saúde, e pela tarde em tutoriais, palestras e treino de habilidades. Consideram que o trabalho é muito para poucas pessoas; mas reconhece-se que é a única maneira de assegurar a formação dos estudantes com uma identidade própria: *Enfermagem*.

Ter docentes de enfermagem assumindo o trabalho de ensino, ajuda aos estudantes a trabalhar com referenciais próprios de enfermagem e com processo de enfermagem. Pensa-se segundo a identificação de necessidades básicas, fazem diagnósticos de enfermagem e reconhecem procedimentos específicos. Estes três pontos são essenciais para a enfermagem porque, segundo Alfaro Lefèvre, o processo de enfermagem ajuda a desenvolver pensamento crítico e é um instrumento que desenvolver o julgamento clínico. Isto exige:

ter uma maior compreensão de algo ou alguém; identificar problemas reais ou potenciais; tomar decisões sobre um plano de ação; reduzir riscos para não obter resultados indesejáveis; aumentar a probabilidade de alcançar resultados benéficos e descobrir modos para melhoria (mesmo quando não existam problemas) (Alfaro-Lefevre, 2009).

3.2 O curso de enfermagem e o PBL

Na realidade de Moçambique, o trabalho do enfermeiro não é fácil de ser desenvolvido, considerando que tem que se ter habilidades e competências específicas para dar conta da complexidade que envolve o processo laboral da saúde e da enfermagem. Nesse sentido, os enfermeiros precisam de uma formação diferenciada, de alto padrão, pois a própria natureza desse trabalho – o cuidado humano – requer um olhar crítico para a prática e para a formação, exigindo formação contínua, visando garantir qualidade assistencial (Matos, 2002), traduzida na satisfação das necessidades dos utentes, considerado o objeto central das estratégias e medidas adotadas na busca pela qualidade. É preciso mencionar a complexidade que envolve esta profissão, pois, além de cuidar de vidas humanas – muitas vezes em situação de dor, sofrimento, miséria e morte –, ela também é influenciada pela configuração do serviço de saúde e de enfermagem na realidade do país, os quais são igualmente complexos e fragmentados.

O Curso de Enfermagem habilita ao título de Licenciado em Enfermagem e, desenvolve-se ao longo de oito semestres com uma carga horária total de 6.000 horas que correspondem a 240 créditos.

O ano académico é dividido em oito unidades didáticas, chamadas “módulos” com duração de quatro a seis semanas cada. Estes módulos abordam de maneira multidisciplinar e integrada a parte teórica e prática. O número de créditos é apresentado no quadro 12

Quadro 12 - Créditos do Curso de Enfermagem

Ano	Créditos	Número Semanas	Horas contacto	Estudo Individual	Horas Estágio	Carga horas
1°	61	39	761	614	150	1525
2°	61	42	608	437	480	1525
3°	57	41	496	364	565	1425
4°	61	41	278	346	901	1525
TOTAIS	240	163	2143	1761	2096	6000

Fonte: Currículo do curso de enfermagem UCM- 2015

Na UCM um crédito equivale a 25 horas de trabalho, como no sistema europeu de transferência de créditos; a atribuição de créditos por disciplina é feita de forma descendente. Na UCM, a atribuição dos créditos é feita com base na filosofia educativa adotada, isto é, a metodologia centrada na aprendizagem do estudante. O processo de atribuição de créditos não se deve resumir numa simples conversão das horas presenciais anteriores em créditos, mas sim numa reorganização de base, partindo das horas totais estimadas para uma disciplina ou um módulo. O número de créditos para licenciatura na UCM é de 180 a 240 (UCM, 2016)

Pode-se identificar pelo quadro 13 que a estrutura dos créditos nos quatro anos, tem características próprias.

Começando pelo **1° ano**: os estudantes estão a começar o curso, portanto requer-se mais tempo de contacto com os docentes. Esta etapa que precisa de ser bem acompanhada especialmente nas habilidades. Os estudantes só começam o estágio no último trimestre do ano, tendo o tempo necessário para poder aprender e ter habilidades básicas de enfermagem.

No 2° ano: o estudante tem estágio todo o ano o que faz com que as horas de estágio sejam mais. Mas também há menos horas de estudo pessoal e mais de contacto, porque neste ano é incluído o curso de Teologia (anual), a Pesquisa

científica (segundo semestre), Parasitologia e microbiologia (um trimestre); estas horas somam-se o que faz com que aumentem as horas de contacto.

No 3° ano: pode-se observar que só têm 57 créditos, porque quatro módulos não têm tutorias, o que são 4 horas semanais suprimidas, fazendo menos horas de contacto pessoal e mais estudo pessoal. Também se inicia o trabalho de campo com famílias mais necessitadas (num baixo das proximidades).

No 4° ano: são menos horas de contacto porque têm mais horas de pesquisa pessoal. Isto exige do estudante uma responsabilidade pessoal e exige um tempo para atingir os objetivos que lhe são exigidos.

Também se pode apreciar no quadro como o tempo de estágio é gradual conforme os anos de estudo: começando com um tempo curto, logo no ano seguinte vai aumentando até chegar ao 4° ano em que o tempo de estágio é mais amplo e num sistema pré-profissional: é dizer, faz o tempo de oito horas por dia e com escalas de noites.

3.3. Competências do enfermeiro

Estudos feitos por David C. McClelland, na participação no processo de seleção de pessoal para o Departamento de Estado Americano, começaram a conferir novos significados e a importância ao conceito de competência (McClelland, 1989). Hoje, esse conceito, mais forte e ampliado, tem sido aplicado a atributos e requisitos pessoais e a vários aspetos de empresas e organizações, tais como tecnologia, gestão e estratégia, entre outros (Resende, 2000).

Segundo esse mesmo autor, seriam dois os determinantes dessa grande valorização da competência: um relacionado com a economia e outro, com o comportamento político e social. Respetivamente, competitividade no mercado e na economia e evolução da democracia, sendo que o fator competitividade é o determinante mais forte por estar envolvido com o mundo dos negócios: e é nesse mundo que as evoluções e mudanças acontecem com mais efetividade e agilidade.

Em relatório para a UNESCO, Delors (2003) afirma que as bases para as competências do futuro serão os saberes e saber-fazer evolutivos, e a educação terá, principalmente neste século, a responsabilidade da transmissão deles de forma maciça e eficaz. “À educação cabe fornecer, de algum modo, os mapas de um mundo complexo e constantemente agitado e, ao mesmo tempo, a bússola que permita navegar através dele” (p.89). Para isso, a educação deverá ser organizada em torno de quatro aprendizagens, que se constituirão, para cada indivíduo, ao longo de suas vidas, nos quatro pilares do conhecimento:

“Aprender a conhecer, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; **aprender a fazer**, para poder agir sobre o meio envolvente; **aprender a viver juntos**, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; finalmente **aprender a ser**, via essencial que integra os três precedentes” (p.90)

Segundo Ferreira (1999), competência tem origem no latim, *competência*, e é definida como a “faculdade concedida por lei a um funcionário, juiz ou tribunal para apreciar e julgar certos pleitos e questões; qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa” (p.512).

Nas palavras de Deffune e Depresbiteris (2000) é a “capacidade de conhecer e agir sobre determinadas situações” (p.15). Ter competência é assim “ser capaz de fazer algo com qualidade” (p.48).

Outros conceitos dizem-nos que:

- Competência é a capacidade de uma pessoa para desenvolver atividades de maneira autônoma, planejando-as, implementando-as e avaliando-as.
- Competência profissional é a capacidade de utilizar os conhecimentos e habilidades adquiridas para o exercício de uma situação profissional.
- Competência é a capacidade para usar habilidades, conhecimentos, atitudes e experiência adquirida para desempenhar bem os papéis sociais.
- Competência é a capacidade para aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes em tarefas ou combinações de tarefas operacionais (Deffune & Depresbiteris, 2000. p.50-51).

Resende afirma também que o conceito moderno e forte de competência está intimamente relacionado com a ideia de resultado; somente o saber operacionalizado (saber fazer, saber aplicar, saber agir, saber resolver) é que traz resultados (Resende, 2000). Para este autor,

“Competência é a transformação de conhecimentos, aptidões, habilidades, interesse, vontade, etc., em resultados práticos. Ter conhecimento experiência e não saber aplicá-los em favor de um objetivo, de uma necessidade, de um compromisso, significa não ser competente, no sentido aqui destacado” (Resende, 2000, p. 32)

Concordamos com ele que competência resulta da combinação de conhecimentos com comportamento, entendendo conhecimentos como formação, treinamento, experiência, autodesenvolvimento; e comportamento relacionado a habilidades, interesse, vontade.

A competência não pode ser estabelecida de uma só vez; não é algo estático e, além de ser construída cotidianamente como um ideal a ser alcançado, deve ser compartilhada. Não podemos ser humanos sozinhos; nem tão pouco competentes sozinhos. A qualidade do nosso trabalho depende de nós mesmos, mas é definida na relação com os outros. A competência do profissional e a articulação dessa competência com os outros e com as circunstâncias é que possibilitam a realização de um trabalho competente (Rios, 2000).

Entendemos que além de definições sobre competência, é fundamental o entendimento de diversos outros termos afins, que muitas vezes são utilizados como sinônimo de competência, com o que não concordamos. Assim, apresentaremos alguns conceitos afins, tais como: *conhecimento, qualificação, aptidão, habilidade, capacidade, eficácia e eficiência*.

Estamos de acordo com Resende (2000), quando afirma que é necessário clareza no entendimento e discernimento dos diferentes significados dessas palavras para que pessoas não familiarizadas com o assunto não se confundam, o que acarretará muitas dificuldades e problemas nas comunicações, avaliação ou julgamentos de situações. Assim propõe definições e explicações desses conceitos:

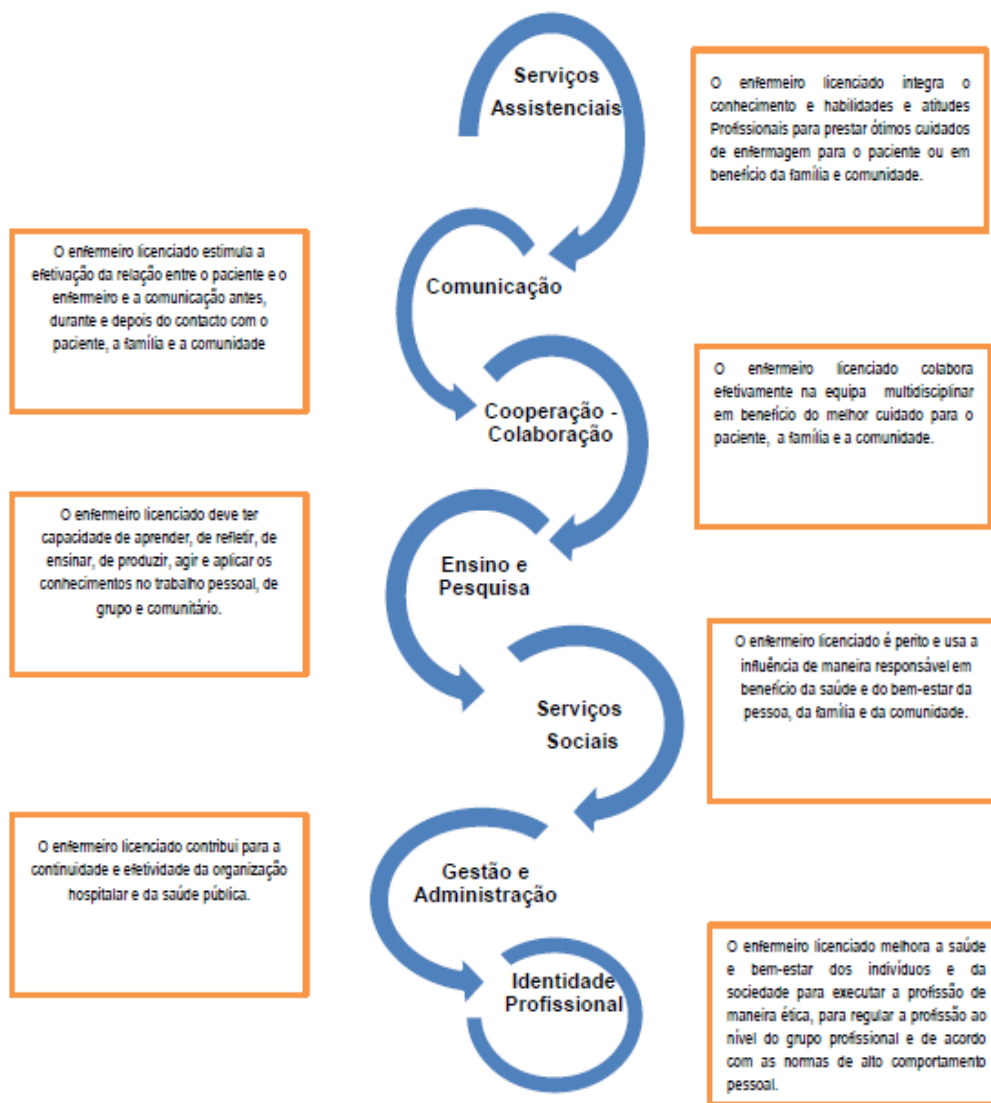
- *Conhecimento* - o mais importante item isolado de competência; informações, ideias, acúmulo de saber, experiência, aprendizado; valor muito importante, pois quem o tem em maior quantidade tem maior potencial para a competência; porém, para ser competente é necessária a aplicação desses conhecimentos na prática, alcançando assim objetivos, obtendo resultados.
- *Qualificação* - significa ter domínio de conhecimentos específicos que resultam de formação, treinamento e experiência, para que possam exercer determinada função; para ser motorista, vendedor, técnico em seguros, piloto de avião, é necessário ter uma determinada formação escolar, treinamento, qualificação; quanto mais bem qualificado para trabalhos especializados, maior probabilidade de serem competentes no exercício de suas funções.
- *Aptidão* - refere-se às características mentais, intelectuais, físicas e/ou fisiológicas, de personalidade, de temperamento, de caráter; característica ou recurso inato e desenvolvido, como por exemplo, memória, resistência física, raciocínio analítico.
- *Habilidade* - é mais passível de ser treinada do que a aptidão; assim, ter condição de raciocinar, é aptidão; habilidade é ter velocidade de raciocínio. Condição de falar é aptidão; usar a fala com clareza e objetividade é habilidade. Esse conceito está mais relacionado com a maneira de executar tarefas, aplicar conhecimentos. Assim, para aprender a jogar tênis, um indivíduo já possui força física para segurar a raquete, coordenação de olhos e mãos, sendo possível assim bater na bola com a raquete. Com a prática, desenvolve a habilidade de bater melhor na bola.
- *Capacidade* - difere da qualificação no sentido de que não advém de cursos formais, treinamentos, experiências específicas, mas da mobilização de recursos inatos (aptidões) ou desenvolvidos, necessários para o desenvolvimento de determinadas atividades (por exemplo, para ser piloto de prova, deve ter capacidade psicofísica).

- *Eficácia* – desenvolver trabalhos de forma objetiva e com resultados; não teve a repercussão que hoje tem o conceito de competência, porque foi introduzido numa época de “vacas gordas” para as empresas; quando ainda não havia o fenómeno da competitividade que inspirou o movimento de valorização de competência. Tem uma conotação valorativa: fazer o que deve ser feito.
- *Eficiência* – também diz respeito a uma atuação, desenvolvimento de trabalhos com resultados, porém valorizando mais a ordem, a aparência, as normas e os procedimentos. Possui uma conotação metodológica: fazer bem feito. E, finalmente, competência, que mais uma vez é apresentada como sendo a “aplicação prática de conhecimentos, aptidões, habilidades, valores, interesse – no todo ou em parte – com obtenção de resultados” (Resende, 2000).

Perfil de competências a desenvolver

No fim do curso, o currículo deve permitir ao enfermeiro atingir os perfis de competências esquematizados na figura13.

Figura 13 - Perfis de competência a atingir ao longo dos 4 anos



Fonte: Currículo de Enfermagem, UCM - 2015

Perfil educacional: o graduado em Enfermagem será capaz de oferecer serviços qualificados nos hospitais, no ensino, na administração hospitalar e na pesquisa. E, ainda, aptidão para frequentar cursos de Pós-Graduação.

Perfil profissional: o graduado em Enfermagem tem habilitações e competências que lhe permite desenvolver atividades profissionais.

Concordamos com Cocco, (1999) quando afirma que não devemos ter como meta, enquanto educadores, apenas privilegiar o mercado de trabalho, mas também a formação de sujeitos críticos, capazes de buscar o novo, capazes de ousar, colaborando assim para a construção de uma nova realidade.

3.4 O desenvolvimento curricular

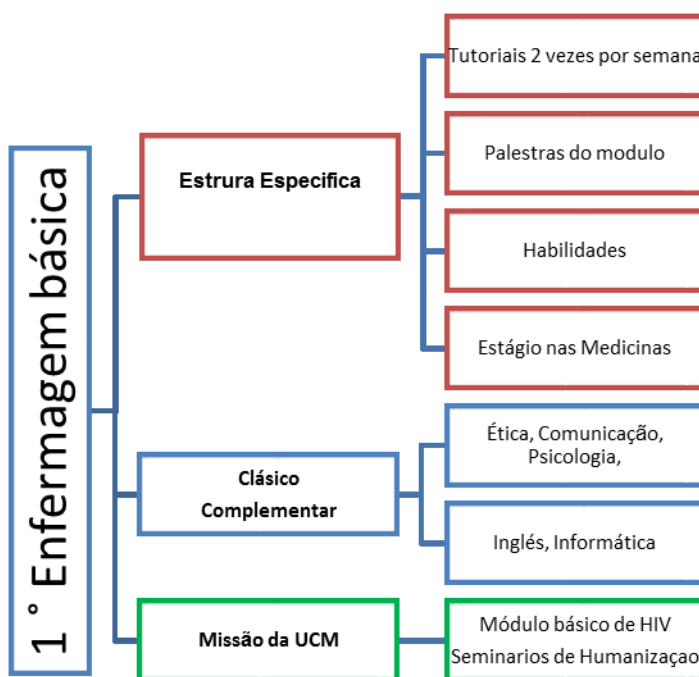
Neste subcapítulo faremos uma apresentação geral do curso, primeiro por anos curriculares e depois pela estrutura dos diferentes módulos, objetivos, conteúdos e, por fim, o método de avaliação.

3.4.1 Estrutura por ano curricular

Estrutura do currículo para o 1º ano

A transição do ensino secundário para o ensino superior pode ser perspectivada como potenciadora de crises e vulnerabilidades, e como fonte de desafios desenvolvimentais (Santos, 2001). Na figura 14 apresentamos a estrutura curricular do 1º ano do curso.

Figura 14 - Estrutura Curricular do 1º Ano



Fonte: Currículo de enfermagem UCM-2015

O primeiro módulo é um reforço geral do secundário, onde se insere por frisar mais Português e Bioquímica, conhecimento dos estatutos da universidade, introdução à Enfermagem fundamental, introdução ao método de ensino PBL, inglês, informática e ética. Também o início do módulo básico de VIH que, por disposição da Reitoria da universidade, é inserido em todos os cursos de UCM, contribuindo para os objetivos do Governo, que visa sensibilizar os jovens e toda a população para a prevenção de contrair o VIH/SIDA. No fim do módulo há o seminário de humanização com todos os demais colegas dos outros anos de enfermagem, momento de integração ao curso de enfermagem e a clarificação de que a enfermagem enquanto vocação para o serviço aos que precisam de nós, os mais fragilizados: os doentes.

Do segundo a oitavo, temos os módulos de anatomia e fisiologia de todos os sistemas do corpo humano, todos em metodologia PBL, com problemas claros e simples para se poder investigar e lograr os objetivos do módulo. Os encontros são duas vezes por

semana de 2.30 a 3.00 horas cada encontro. Estas tutorias são complementadas com palestras e habilidades.

Ao mesmo tempo temos disciplinas com o método clássico, por razões já referidas anteriormente, como complemento da formação integral do estudante, dentro delas: Ética, Psicologia, Comunicação, inglês, informática e módulos básico de VIH. Estas três últimas disciplinas são avaliadas em separado; a Ética, Psicologia e Comunicação, são avaliadas dentro do exame do módulo.

Como também já foi referido o 1º ano é um pouco sobrecarregado pela quantidade de habilidades a aprender - os estudantes têm que praticar até aprender, o que pode corresponder a duas ou três sessões de habilidades. Estas habilidades são de enfermagem fundamental como por exemplo: fazer a cama, controlo de peso e altura, controlo de sinais vitais, administração de medicamentos por diferentes vias. Estas habilidades são avaliadas por meio do sistema que o PBL nos indica: *objective structured clinical examination (OSCE)*

O primeiro ano de enfermagem é um tempo de adaptação dos estudantes a muitos fatores: dentre eles está o início de uma nova etapa de estudos, novos amigos e uma nova metodologia de estudo, o PBL, é um método que exige uma autoformação baseada na pesquisa, e para isso se exige ler e entender o que se está a ler e poder explicá-lo ou discuti-lo com os seus colegas.

Este processo, que exige o PBL, faz com que o estudante com frequência se sinta desorientado no primeiro semestre: não sabe como estudar, como saber o que é importante e como explicá-lo fundamentando cada aspeto na bibliografia.

Muitos estudantes entram num processo de insegurança questionando-se se a opção é certa ou não. Houve casos em que estudantes abandonaram o segundo módulo porque o medo do insucesso foi mais forte; mas é maior o outro grupo de estudantes, que estão abertos a assumir novas experiências na vida e isso faz com que sejam mais competitivos e a adaptação seja rápida. Um grupo de estudantes que entra no curso de enfermagem, porque são beneficiados por uma bolsa de estudos,

faz com que se lancem com força em direção ao desconhecido com o objetivo de rentabilizar esse recurso.

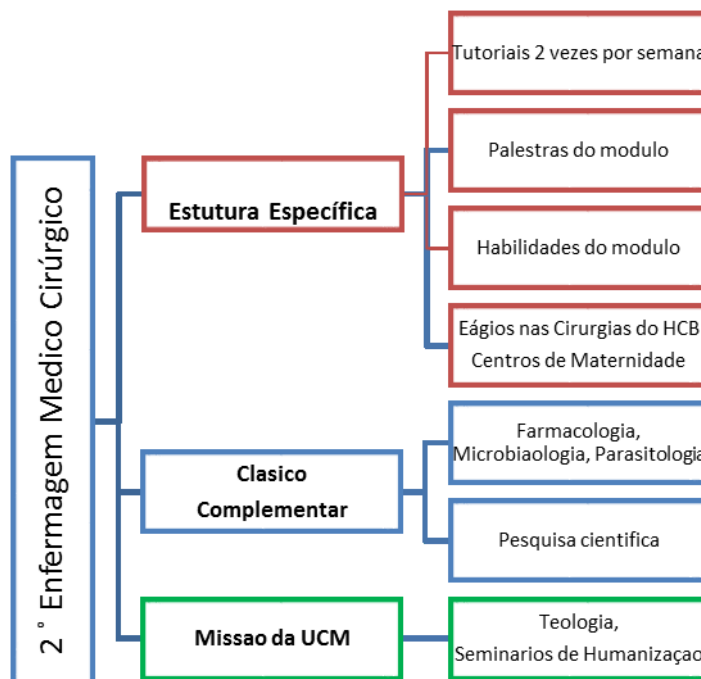
O primeiro ano é o tempo de seleção dos estudantes que realmente estão capacitados para continuar no curso de enfermagem: com 3 módulos reprovados não podem passar para o seguinte módulo (regulamento de enfermagem). Por isso não é de estranhar que de um número “significativo” que inicia fique jamais um pouco mais de metade dos estudantes. Alguns desistem de vez e outros repetem com maior força e logram os seus objetivos, outros ainda repetem por segunda vez e só assim têm que desistir de fazer o curso de enfermagem. Este aspeto é importante porque nas avaliações com os tutores se pode perceber que quando um estudante não está preparado para o tutorial ou não entende os objetivos, o desenvolvimento é muito lento e não ajuda ao grupo todo a atingir os objetivos, e os tutoriais são um grande fracasso.

Outro aspeto importante que os tutoriais trazem é o desenvolvimento do estudante no relacionamento interpessoal: preparam para o trabalho em grupo; isto porque graças aos encontros é possível desenvolver a capacidade de respeitar o outro, expor opiniões, fazer e receber críticas, além de contribuir para a aproximação entre tutor/estudante e estudante/estudante. No “trabalho em grupo”, observa-se que eles se aproximam do referencial do trabalho em equipa, pesquisam e estudam juntos, para partilhar objetivos, decisões e responsabilidades: assim se dá o aprimoramento das relações interpessoais e a valorização da comunicação

Estrutura do currículo para o 2º ano

No segundo ano inicia-se a “Enfermagem Médico-Cirúrgica” (figura 15).

Figura 15 - Estrutura Curricular do 2º Ano



Fonte: Currículo de enfermagem UCM-2015

O objetivo fundamental deste ano é conhecer as diferentes fisiopatologias de todo os sistemas. Todo o ano se desenvolve à base de tutoriais. Nestes módulos o estudante tem a possibilidade de fazer perguntas ao tutor para identificar os objetivos de estudo. É dizer: o tutor tem dados adicionais aos problemas apresentados como por exemplo: dados de laboratório, algum outro sinal, o sintoma que não é referido no problema. Estes módulos para os estudantes são mas interativos e mais interessantes de para descobrir cada uma das patologias. Um dos objetivos que foi introduzido nestes 8 módulos é identificar nas diferentes patologias as necessidades básicas humanas alteradas, e com base a nelas, elaborar os diagnósticos de enfermagem e os cuidados respetivos de cada diagnóstico. Isto implicou uma capacitação para os tutores médicos, no referente aos diagnósticos de enfermagem. Para melhor ajuda, se coloca nos guias de tutor alguns diagnósticos de enfermagem mais importantes. No primeiro módulo os estudantes não vão para estágio: ficam na faculdade para preparação de estágio nas cirurgias, a fim de aprender a fazer os curativos, fazer a

preparação de material para esterilização, a abertura dos kits, a colocação de luvas, as suturas e a preparação do paciente para cirurgias.

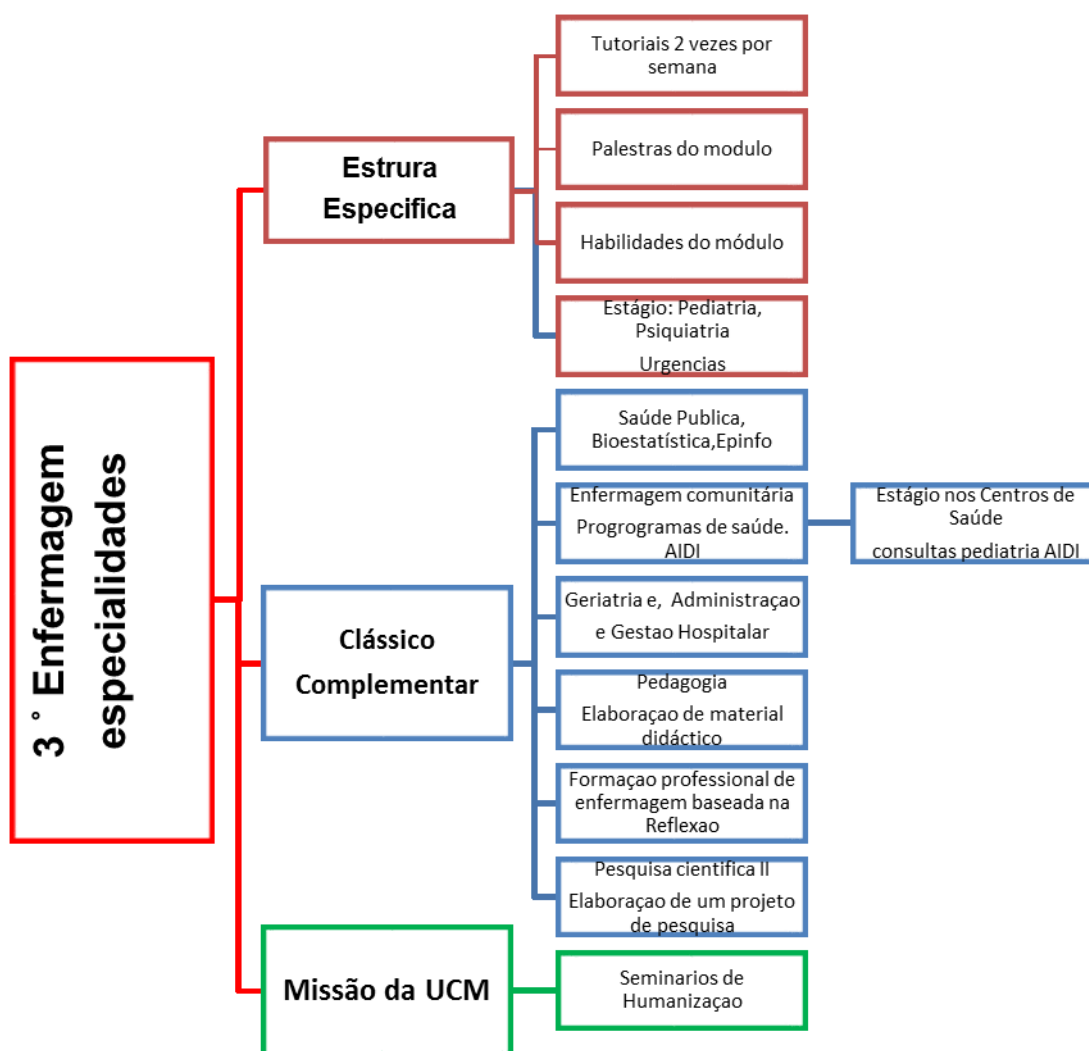
As disciplinas complementares são as aulas em laboratórios de microbiologia, sob a responsabilidade da Dra. Gita, médica Holandesa que chega todos os anos a faculdade para trabalhar com os estudantes de medicina e enfermagem. A seguir tem parasitologia por um trimestre, no segundo semestre se introduz a Pesquisa Científica, com objetivos claros de aprender a fazer um projeto de pesquisa. E, a partir deste ano, iniciamos a disciplina de Fundamentos de Teologia.

Referentes ao estágio, no primeiro semestre estão no HCB, nos serviços de cirurgia geral, especialidades, ortopedia, urologia e pequenas cirurgias do banco de socorros. No segundo semestre, estão nos centros de Saúde, nos serviços de maternidade, consulta pré natal, planificação familiar e no HCB, no serviço de ginecologia. Estes estágios preparam os estudantes fazer a consulta pré natal, identificar as mães com SIDA, dar o tratamento respetivo, atender a um parto, atender ao recém-nascido e identificar as diferentes patologias ginecológicas e o respetivo tratamento, este último introduzido por sugestão dos neo graduados, pois foi difícil ter o campo de estágio na ginecologia, o qual segundo o chefe medico, é só para médicos. Conseguimos em fim ter o campo de estágio, referido como positivo pelos estudantes.

Estrutura do currículo para o 3º ano

A estrutura curricular do 3º ano está representada na figura 16.

Figura 16 - Estrutura Curricular do 3º Ano



Fonte: Currículo de enfermagem UCM-2015

Na minha perspetiva, o terceiro ano é o grupo de maior estabilidade com os estudantes, mais seguros de si e mais dinâmicos, se vai-se sentindo já certa estabilidade e segurança naquilo que fazem e já dominam a metodologia; os grupos de estudo são mais fixos, já têm um caminho percorrido com uma identidade mais clara e, podia dizer, uma autoestima positiva. Sempre estão ávidos de aprender mais, questionam os docentes, fazem os tutoriais mais participativos

Os módulos são de especialidades e de grandes desafios na saúde comunitária. Como no segundo ano, o primeiro módulo não vão ao HCB: ficam na faculdade para desenvolver habilidades próprias de pediatria, tais como exame físico nas crianças, conversão de doses de medicamento para crianças, técnicas de administração de tratamento, atendimento dos neonatos. Já no segundo módulo entram para o estágio na pediatria: Pediatria médica, urgências pediátricas, mal nutrição, isolamento e Neonatologia. Na seguinte rotação têm Psiquiatria, Reanimação e Banco de Socorros; se introduzem as noites no fim-de-semana.

No segundo semestre temos mais disciplinas complementares, como administração, pedagogia, saúde pública, programas de saúde, tudo isto ao mesmo tempo desde o início do estágio na comunidade.

O estágio na comunidade, na minha percepção é um estágio que ajuda o estudante a encarar-se com a realidade que há de esperar ao longo da sua vida profissional, uma realidade que mostra a situação da realidade do país, bairro da Munhava. Esta realidade ajuda a sensibilizar o estudante para a realidade concreta que vive as famílias.

Neste estágio cada estudante tem à sua responsabilidade 7 famílias, faz o seguimento por 4 meses, identificando situações de risco, acompanhamento de doenças crónicas, tratamento de feridas, acompanhamento a mulheres grávidas, casos de desnutrição nas crianças e acompanhamento de algumas patologias agudas e em casos de urgência.

Neste estágio se têm encontros com os estudantes duas vezes por semana, na segunda-feira, para programação de atividades e na sexta para apresentação de casos e dificuldades que se deparam no campo de estágio. Neste tempo de estágio o estudante trabalha com metas, e para cada meta tem uma ficha que tem que ser supervisionada e assinalada pela supervisora de estágio. Nesta supervisão participamos todas as docentes, de acordo com a disponibilidade.

Nesta fase sente-se o aluno responsável pelos objetivos que quer atingir e dedicado em cumpri-los todos; se sente com uma energia e dinamismo para conseguir a tudo.

Alguns estudantes criaram uma relação de amizade com as “suas” famílias e continuam em comunicação. Programam as suas atividades.

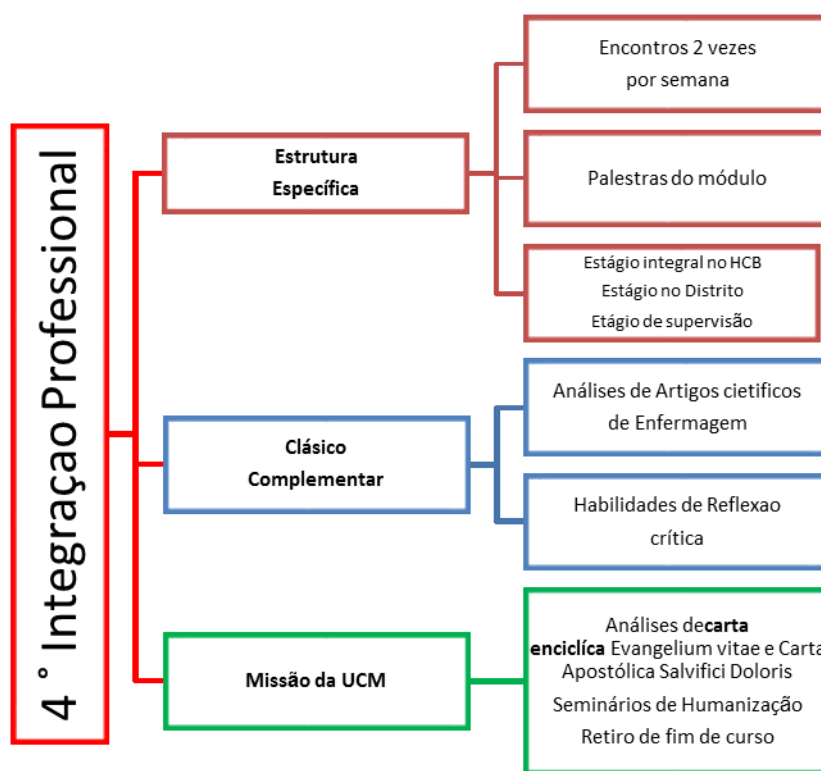
As demais disciplinas complementares são de administração com o objetivo de ajudar a conhecer a organização administrativa de um hospital e pedagogia, (como elaborar uma sessão de aulas e elaboração de material didático).

No fim deste módulo os estudantes organizam uma feira de saúde com a participação de todas as famílias e colaboração de todos os colegas de enfermagem.

Estrutura do currículo para 4º ano

Na figura 17 é apresentada a estrutura curricular do 4º ano.

Figura 17 - Estrutura Curricular do 4º Ano



Fonte: Currículo de enfermagem UCM-2015

No último ano o estudante já está numa etapa final, já tem uma autonomia para poder pesquisar aquilo que é de seu maior interesse e que vai completar a sua formação. Neste ano tentamos desenvolver mais trabalhos de pesquisa com objetivos onde cada estudante escolhe o tema a desenvolver em relação aos módulos (quadro

15). É uma etapa que o estudante reforça o pensamento crítico, porque pode identificar situações, problemas e desafios no ambiente do hospital. Estas situações são analisadas e comparadas com a literatura e desenvolvem-se propostas de mudança para melhorar. Todo este processo se faz sempre com o tutor e o grupo de colegas: entre todos se analisam os problemas e juntamente se vão buscando soluções. No final o estudante faz a apresentação diante de todos os colegas e docentes. Isto ajuda o estudante a identificar problemas por si só, procurar soluções e dar propostas. Isto é já como uma preparação para a sua vida futura: estar sempre em contínua reflexão crítica em cada situação que lhe toca viver. No quadro 13 apresentam-se as orientações para os trabalhos de pesquisa a desenvolver pelos estudantes.

Quadro 13 – Orientações para trabalhos de pesquisa

Módulos de pesquisa desenvolvido pelos estudantes:	Conteúdos
<p style="text-align: center;">Doente na fase Terminal</p> <p>Elaborar tarefas, com os respetivos objetivos, e processo normal dos tutoriais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer e identificar os cuidados básicos de enfermagem do tratamento paliativo, da doença terminal e dos cuidados pós-morte. - Aprender a refletir sobre a experiência pessoal e atitudes relacionadas para os cuidados paliativos, com a morte, o morrer e para cuidados pós-morte. - Conhecer os cinco estágios da morte (teoria de Kubler-Ross). - Obter noções básicas da medicina legal e forense. - Definir necropsia e explicar as vantagens de necropsia. - Conhecer os aspetos jurídicos de morte.
<p style="text-align: center;">Indicadores de Qualidade I</p> <p>Melhorar os cuidados de enfermagem para realizar uma investigação prática e escrever um relatório sobre os resultados encontrados para desenvolver ou melhorar um protocolo ou uma diretiva dos cuidados de enfermagem</p> <p>Aprofundar o código de ética em enfermagem para adquirir qualidade nos cuidados de enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar e desenvolver efetivamente 'Evidence based nursing' (cuidado de enfermagem baseada na evidência) para oferecer uma atenção de enfermagem de qualidade. - Conhecer o processo da investigação prática para realizar uma investigação dos cuidados de enfermagem. - Conhecer as teorias dum protocolo para os cuidados de enfermagem. - Aprender a elaborar um protocolo de enfermagem. - Sensibilizar e refortalecer o aspeto humano nos cuidados de enfermagem.
<p style="text-align: center;">Indicadores de Qualidade II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melhorar os cuidados de enfermagem por meio de uma boa prática de PBE (problemas baseados na evidência) e baseado nos IQ (indicadores de qualidade) e nos protocolos de atenção de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma investigação prática conforme os passos próprios de PBE para melhorar os cuidados de enfermagem. - Identificar os Indicadores de Qualidade nos serviços de estágio e fazer novas propostas para melhorar os cuidados de enfermagem.

<p style="text-align: center;">Enfermagem Mundialmente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as características próprias da profissão de enfermagem mundialmente. - Conhecer as semelhanças e diferenças na execução da profissão de enfermagem mundialmente. - Desenvolver uma conceção própria sobre a profissão de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer em geral o conteúdo do código deontológico do enfermeiro. - Conhecer as características da profissão de enfermagem em Moçambique / em outros países do mundo por meio de pesquisa. - Conhecer as semelhanças e as diferenças entre as características da profissão de enfermagem em Moçambique / em outros países do mundo por meio da pesquisa.
<p style="text-align: center;">Trinar e Supervisionar em Enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver habilidades profissionais de treinar e de supervisionar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver os conhecimentos para realizar habilidades para treinar-insinar. - Desenvolver os conhecimentos para realizar habilidades para supervisionar. - Refletir metódico por meio de apresentação do caso o cuidado de enfermagem a luz do código deontológico do enfermeiro.
<p style="text-align: center;">Cooperação e Liderança em enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver habilidades de cooperar e liderar numa equipa de enfermeiros, numa equipa multidisciplinar e com os estudantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer e aplicar as regras para participar em, liderar e registar uma reunião de grupo. - Formular as características dos objetivos coletivos duma equipa. - Conhecer as fases de formação de uma equipa. - Conhecer os métodos, as fases e as técnicas alternativas do processo de decisão numa equipa. - Saber dar e receber feedback. - Conhecer as características duma 'cultura' organizacional. - Conhecer os estilos diferentes de liderar. - Conhecer as estratégias de mudar. - Aprender a enfrentar conflitos no trabalho
<p style="text-align: center;">O Enfermeiro/a Competente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conclusão e avaliação geral dos quatro anos de estudo para o desempenho profissional como licenciado de enfermagem na realidade concreta do país. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as qualidades de um enfermeiro competente. - Desenhar o seu perfil como um futuro enfermeiro. - Refletir por meio dos documentos da Igreja sobre a vida humana. - Reforçar os valores éticos e cristãos nos cuidados dos doentes. - Reforçar atitudes humanas e humanizadas no relacionamento com os doentes.

O estágio integral desenvolve-se no HCB, por um período de quatro meses, num horário normal como qualquer trabalhador de saúde e se assumem responsabilidades delegadas pela equipa de saúde. Em muitos casos os estudantes ficam responsáveis dos serviços, porque o pessoal de saúde aproveitam a presença deles para fazer outras atividades.

O último módulo, chamado o enfermeiro competente, é um olhar ao que o país e o sistema de saúde espera deles: aqui se convida a Diretora Provincial de Saúde que fala abertamente para eles acerca do que se espera deles, agora que estão a sair para enfrentar a realidade. Também se desenvolvem análises da encíclica *Evangelium Vitae* e Carta Apostólica *Salvifici Doloris*, com objetivo de comprometer-lhes com a defesa da vida e a misericórdia para o cuidado do paciente. Termina-se com um dia de retiro,

com o objetivo de programação da nova etapa da vida a ser iniciada como enfermagem.

3.4.2. Estrutura dos módulos

O guia do módulo é um instrumento muito importante na vida do estudante de enfermagem, que acompanha todo o seu tempo de estudos; é uma brochura que guia as suas atividades diárias.

O sistema PBL permite nos organizar de uma maneira bem estruturada as atividades, de maneira que quando o estudante o tem nas suas mãos sabe o que tem que fazer e a cada hora e cada dia a longo das semanas correspondentes ao módulo. Assim cada guia tem que ir com uma cor determinada para cada ano e uma figura que indique o módulo a ser tratado: por exemplo no sistema digestivo, vai um estômago e no sistema do cardiorrespiratório um coração. Na contra capa está o correio eletrônico e telefones da coordenação de enfermagem para caso haja necessidade em alguma urgência. A seguir está a introdução geral ao módulo, onde se apresenta ao estudante tudo o que se vai desenvolver a longo do módulo. Na página seguinte está o nome de coordenador do módulo, o nome dos tutores que o vão acompanhar nos tutoriais, os nomes dos docentes que vão participar nas palestras e habilidades.

Vem depois o horário dia a dia ao longo de todo o módulo, até ao final que termina com o exame do mesmo, o número da sala, a atividade a ser realizada e o nome do docente responsável.

A seguir os objetivos gerais do módulo, temos os específicos. Na sequência também se colocam os objetivos de cada palestra, habilidade, laboratório ou estágio: isto com o objetivo de que o estudante possa avaliar no fim do módulo se os objetivos traçados foram atingidos ou também possa reclamar se teve alguma pergunta no exame que não estava considerada dentro dos objetivos do módulo. Cria-se assim

uma consciência no estudante de que tudo tem um objetivo a ser cumprido e isso vai ajudá-los na sua formação e conhecimento.

No guia seguem-se os problemas: no geral, cada guia tem 9 a 10 problemas e de acordo com o tema, alguns problemas têm sub-problemas; a seguir está a bibliografia, os livros utilizados e algo como sugestão para procurar na sua pesquisa. E no final de tudo vem um anexo, que pode ser uma informação geral. Por exemplo, o dia do enfermeiro, o dia mundial de SIDA. No primeiro módulo do primeiro ano, sempre leva os 7 passos do tutorial: isto para ajudar o estudante a situar-se e seguir os passos de uma forma certa.

Os guias se distinguem pela cor para cada ano, verde 1º ano, amarelo 2º ano, cor-de-rosa 3º ano e azul 4º ano. Assim cada estudante tem que ter o seu guia pessoal, que é obrigatório comprar.

Todo o trabalho do guia está baixo a responsabilidade da coordenadora do curso e do módulo: tudo tem que estar certo para não confundir o estudante, mas levá-lo a organizar o seu tempo e assumir as suas responsabilidades.

3.4.3. Objetivos curriculares por ano e módulo

Neste subcapítulo faremos referência de forma sequenciada aos objetivos gerais dos módulos por ano curricular.

Objetivos gerais dos módulos do 1º Ano

O quadro 14 apresenta a globalidade dos módulos do 1º ano que a seguir se discriminam.

Quadro 14 -1º Ano: Enfermagem Fundamental



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MOÇAMBIQUE
Faculdade de Ciências da Saúde
Curso de Licenciatura em Enfermagem



Módulos 1º ano

MODULO 1.1	MODULO 1.2	MODULO 1.3	MODULO 1.4		MODULO 1.5	MODULO 1.6	MODULO 1.7	MODULO 1.8
5 Semanas	5 Semanas	5 Semanas	4 Semanas	Julho	5 Semanas	5 Semanas	4 Semanas	6 Semanas
Introdução à Enfermagem	Enfermagem Básica e o Sistema Digestivo Semana Santa	Enfermagem Básica e o Sistema Cardiovascular e Respiratório	Enfermagem Básica e o Sistema Urinário e Pele	Férias Recorridas	Enfermagem Básica e o Sistema Reprodutor e Endócrino	Enfermagem Básica e o Sistema Osteoarticular e Muscular	Enfermagem Básica e o Sistema Hematológico e Imunitário	Enfermagem Básica e o Sistema Neurosensorial
Introdução a PBL Políticas da UCM Ética Embriogénese Anatomia Inglês Módulo Básico de VIH/SIDA	Psicologia Geral Ética Inglês Informática Módulo Básico de VIH/SIDA Seminário de Humanização	Psicologia Geral Ética Inglês Informática Módulo Básico de VIH/SIDA	Psicologia Evolutiva Ética Inglês Informática Módulo Básico de VIH/SIDA 1º Exame OSCE		Psicologia Social Comunicação Ética Inglês	Comunicação Ética Inglês Estágio Medicina Seminário de Humanização	Ética Introdução a Farmácia. Estágio Medicina	Introdução a Farmácia Estágio Medicina 2º Exame OSCE
Habilidades Arvore dos problemas . Unidade do paciente . Tipos de Cama . Peso/altura/IMC . Conforto e Higiene	Habilidades Processo de Enfermagem . Colocação de SNG . Exame Físico de abdómen . Sinais Vitais . Avaliação da Dor	Habilidades Exame físico do: . Coração . Pulmão . Preparação de medicamentos Revisão de Sinais Vitais e avaliação da dor	Habilidades . Terapia do Calor e Frio . Balança hídrico . Colheita de Urina . Sonda vesical . Lavagem vesical Revisão : . Exame físico do Coração pulmão e abdómen		Habilidades Revisão Preparação de medicamentos . Administração de medicamentos Revisão . Sinais Vitais e avaliação da Dor, . Unidade do paciente. Preparação da cama . Conforto e Higiene	Habilidades Exame do: . Pé e Tornozelo . Joelho . Punho . Coluna . Anca . Ombro	Habilidades . Colheita de sangue . Leitura de Hemograma . Identificação do Grupo Sanguíneo Revisão Preparação e administração de medicamentos.	Habilidades Exame neurológico: . Motor . Reflexos . Coordenação . Nervos Cranianos

Fonte: Currículo de enfermagem UCM-2015

Módulo 1.1. Introdução à Enfermagem: Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas entre horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do Módulo: Neste módulo o estudante é integrado na vida académica na UCM, mais especificamente nos aspetos práticos, no futuro currículo, e no método PBL. O estudante vai conhecer as disciplinas de enfermagem nos diferentes aspetos: desde a sua história até à atualidade com os seus objetivos, contextos e as suas perspetivas. Ele vai ser sensibilizado sobre o contexto sociocultural e político do processo saúde/ doença por meio das diferentes disciplinas e o início de técnicas básicas de enfermagem.

Módulo 1.2. Enfermagem Básica e o Sistema Digestivo: Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: - Conhecer os fundamentos de enfermagem para desenvolver habilidades no primeiro contacto com o doente, com a ajuda de anatomia e fisiologia do sistema digestivo e das diferentes disciplinas.

- Iniciar a elaboração e praticar o processo de enfermagem como instrumento básico para desenvolver uma atenção sistemática de enfermagem.
- Continuar a desenvolver técnicas básicas de enfermagem e iniciar as habilidades clínicas de enfermagem.

Módulo 1.3. Enfermagem Básica e o Sistema Cardiovascular e Respiratório.

Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Conhecer os fundamentos básicos de enfermagem, com ajuda de anatomia e fisiologia do sistema cardiovascular e respiratório e as diferentes disciplinas, para desenvolver habilidades de enfermagem.

- Continuar a desenvolver e intensificar a aprendizagem das técnicas básicas de enfermagem e das habilidades clínicas de enfermagem

Módulo 1.4. Enfermagem Básica e o Sistema Urinário e Pele. Duração de 4 semanas, 6 Créditos e 160 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Conhecer os fundamentos básicos de enfermagem, com ajuda de anatomia e fisiologia do sistema urinário e da pele e as diferentes disciplinas, para desenvolver habilidades de enfermagem.

- Identificar, descrever e discutir as necessidades humanas básicas (NHB) de enfermagem relacionadas com a eliminação urinária e com a pele, para realizar um bom processo de enfermagem.
- Continuar a desenvolver e intensificar a aprendizagem das habilidades clínicas de enfermagem

Módulo 1.5. Enfermagem Básica e o Sistema Reprodutor e Endócrino. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Compreender e elaborar o processo de enfermagem com ajuda de anatomia e fisiologia do sistema reprodutor e endócrino e as diferentes disciplinas, para a identificação de necessidades na sexualidade e conhecimento das hormonas no desenvolvimento normal da pessoa.

- Continuar a desenvolver e intensificar a aprendizagens de técnicas básicas de enfermagem.

Módulo 1.6. Enfermagem Básica e o Sistema Osteoarticular e Muscular. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Conhecer os fundamentos básicos de enfermagem, de anatomia e fisiologia do sistema osteoarticular e muscular e as diferentes disciplinas, para desenvolver habilidades de enfermagem.

- Continuar a desenvolver as habilidades clínicas de enfermagem.
- Iniciar o estágio nos Serviços de Medicina.

Módulo 1.7. Enfermagem Básica e o Sistema Hematológico e Imunitário. Duração de 4 semanas, 6 Créditos e 160 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Conhecer os fundamentos básicos de enfermagem, de anatomia e fisiologia do sistema hematológico e imunitário e as diferentes disciplinas, para desenvolver habilidades de enfermagem.

- Identificar os possíveis fatores de risco para a infeção e processo infeccioso, para tomar as medidas próprias de enfermagem que fortalecem os mecanismos de defesa contra a infeção, a todo o nível.
- Continuar a desenvolver as habilidades clínicas de enfermagem.

Iniciar a farmacologia.

- Continuar com o estágio nos Serviços de Medicina.

Módulo 1.8. Enfermagem Básica e o Sistema Neuro sensorial.

Duração de 6 semanas, 8 Créditos e 240 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Conhecer os fundamentos básicos de enfermagem, de anatomia e fisiologia do sistema neuro sensorial e as diferentes disciplinas, para desenvolver habilidades de enfermagem.

- Relacionar as manifestações da função sensorial alterada com as suas causas, para identificar os clientes que estão em risco para a função sensorial alterada a fim de elaborar os cuidados de enfermagem com eficácia.
- Continuar com a introdução à farmacologia.
- Continuar com o estágio nos Serviços de Medicina.

Objetivos gerais dos módulos do 2º Ano

No quadro 18 visualiza-se a estrutura modular de 2º ano.

Quadro 15 - 2º Ano: Enfermagem Médico-cirúrgico



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MOÇAMBIQUE
Faculdade de Ciências da Saúde
Curso de Licenciatura em Enfermagem



Módulos 2º ano

MODULO 2.1	MODULO 2.2	MODULO 2.3	MODULO 2.4		MODULO 2.5	MODULO 2.6	MODULO 2.7	MODULO 2.8
6 Semanas	5 Semanas	5 Semanas	6 Semanas	Julho	5 Semanas	5 Semanas	5 Semanas	5 Semanas
Enfermagem Médico-cirúrgica do Sistema Digestivo	Enfermagem Médico-cirúrgica dos Sistemas Cardio Vascular e Respiratório Semana Santa	Enfermagem Médico-cirúrgica do Sistema Osteoarticular e Muscular	Enfermagem Médico-cirúrgica do Sistema Hematológico e Imunitário	Férias Recorrências	Enfermagem Obstétrica	Enfermagem Médico-cirúrgica em Ginecologia	Enfermagem Médico Cirúrgica do Sistema Neurosensorial	Enfermagem Médico-cirúrgica do Sistema Genito-Urinário e Endócrino
Preparação para estágio de Médico-cirúrgicas	Estágio Cirurgia Seminário de Humanização	Estágio Cirurgia	Estágio Cirurgia			Estágio no Centro obstétrico – maternidade, PTV HCB e CS Ginecologia Seminário de Humanização	Estágio no Centro obstétrico – maternidade, PTV HCB e CS Ginecologia	Estágio no Centro obstétrico – maternidade, PTV HCB e CS Ginecologia
Teologia Farmacologia Microbiologia	Teologia Farmacologia Parasitologia	Teologia Farmacologia Parasitologia	Teologia Farmacologia Parasitologia		Teologia Farmacologia Investigação I	Teologia Farmacologia Investigação I	Teologia Farmacologia Investigação I	Teologia Farmacologia Investigação I
Habilidades .Lavagem gástrica .Alimentação SN .Clister de limpeza .Ex físico abdómen .Drenagens .KITS .Suturas .Curativos .Bandagens .Paracentese	Habilidades .Ex. Físico Pulmão e Coração. (revisão) .Drenagem pulmonar .Oxigenioterapia .ECG .Toracocenteses .Espirometria	Habilidades .Ex sistema músculo-esquelético .Primeiros Socorros em trauma múltiplas	Habilidades Técnicas de comunicação com pacientes de VIH Teste de VIH Teste de coagulação		Habilidades .Ex obstétrico .Manobras de Leopold .Assistência de parto .Preenchimento de Parto grama .Cuidados do RN .Planificação Familiar	Habilidades .Ex ginecológico .Teste Papanicolau .Ecografia pélvica .Exame de mama	Habilidades .Ex neurológico .Ex Neurológico de olho/ouvido .Punção lombar .Primeiros socorros em casos em epilepsia .Primeiros socorros em AVC	Habilidades .Balanço hídrico .Ecografia vesical .Lavagem vesical .Controle glicose

Fonte: Currículo de enfermagem UCM-2015

Módulo 2.1. Enfermagem Médico-Cirúrgica do Sistema Digestivo. Duração de 6 semanas, 8 Créditos e 240 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Obter os conhecimentos e habilidades de diferentes disciplinas necessárias a fim de aplicar os cuidados de enfermagem aos pacientes com as doenças do sistema digestivo.

- Desenvolver conhecimentos básicos de patologia e enfermagem médico-cirúrgica.
- Desenvolver a capacidade de aplicar os cuidados de enfermagem médico-cirúrgica por meio de estágio clínico.

Módulo 2.2. Enfermagem Médico- Cirúrgico do Sistema Cardiovascular e Respiratório. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Obter os conhecimentos e habilidades de diferentes disciplinas precisados a fim de aplicar os cuidados de enfermagem aos pacientes com as doenças do sistema cardiovascular e respiratório.

- Desenvolver a capacidade de aplicar os cuidados de enfermagem médico-cirúrgica por meio de estágio clínico.

Módulo 2.3. Enfermagem Médico - Cirúrgica do Sistema Osteoarticular e Muscular. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Obter os conhecimentos e habilidades de diferentes disciplinas precisados a fim de aplicar os cuidados de enfermagem aos pacientes com diferentes doenças do sistema osteoarticular e muscular.

- Desenvolver a capacidade de aplicar os cuidados de enfermagem médico-cirúrgico por meio de estágio clínico.

Módulo 2.4. Enfermagem Médico - Cirúrgica do Sistema Hematológico e Imunitário. Duração de 6 semanas, 8 Créditos e 240 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Obter os conhecimentos e habilidades de diferentes disciplinas precisados a fim de aplicar os cuidados de enfermagem aos pacientes com as doenças do sistema hematológico e imunitário.

- Fortalecer os conhecimentos sobre VIH – SIDA, dentro da realidade de nosso país.
- Desenvolver a capacidade de aplicar os cuidados de enfermagem médico-cirúrgico por meio de estágio clínico.

Módulo 2.5. Enfermagem Obstétrica. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Obter os conhecimentos e habilidades de diferentes disciplinas precisados a fim de aplicar os cuidados de enfermagem na atenção da mulher grávida / parturiente e do recém-nascido.

- Desenvolver a capacidade de aplicar os cuidados de enfermagem obstétrica por meio de estágio clínico.

Módulo 2.6. Enfermagem Médico-Cirúrgica em Ginecologia. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Obter os conhecimentos e habilidades de diferentes disciplinas precisados a fim de aplicar os cuidados de enfermagem às mulheres com diferentes doenças ginecológicas.

- Desenvolver a capacidade de aplicar os cuidados de enfermagem obstétrica e médico-cirúrgico em ginecologia por meio de estágio clínico.

Módulo 2.7. Enfermagem Médico-Cirúrgica do Sistema Neuro sensorial. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Obter os conhecimentos e habilidades de diferentes disciplinas precisados a fim de aplicar os cuidados de enfermagem aos pacientes com diferentes doenças do sistema neuro sensorial.

- Desenvolver a capacidade de aplicar os cuidados de enfermagem obstétrica e médico-cirúrgica em ginecologia por meio de estágio clínico.

Módulo 2.8. Enfermagem Médico-Cirúrgica do Sistema Génito-Urinário e Endócrino. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Obter os conhecimentos e habilidades de diferentes disciplinas precisados a fim de aplicar os cuidados de enfermagem aos pacientes com as doenças do sistema génito-urinário e endócrino.

- Desenvolver a capacidade de aplicar os cuidados de enfermagem médico-cirúrgica por meio de estágio clínico.

Objetivos gerais dos módulos do 3º Ano

Os módulos com seus desenvolvimentos estão expressos no quadro 19 e a seguir explanamos.

Quadro 16 - 3º Ano: Enfermagem Especialidades



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MOÇAMBIQUE
Faculdade de Ciências da Saúde
Curso de Licenciatura em Enfermagem



Módulos 3º ano

MODULO 3.1	MODULO 3.2	MODULO 3.3	MODULO 3.4		MODULO 3.5	MODULO 3.6	MODULO 3.7	MODULO 3.8
6 Semanas	5 Semanas	5 Semanas	5 Semanas	Julho	5 Semanas	5 Semanas	5 Semanas	5 Semanas
Enfermagem Pediátrica	Enfermagem Psiquiátrica Semana Santa	Enfermagem em Urgências Médico - Cirúrgicas	Enfermagem em Saúde Pública/ Epidemiologia e Bioestatística	Férias Recorências	Enfermagem em Saúde Comunitária Programas de Saúde e AIDI	Enfermagem em Saúde Comunitária Geriatría Administração e Gestão Hospitalar	Enfermagem em Saúde Comunitária - Pedagogia	Formação Profissional de Enfermagem baseada na Refléro
	Estágio na Pediatria: SPM, SUP, Isolamento, Berçário e Malnutrição Seminário de Humanização	Estágio na Pediatria: SPM, SUP, Isolamento, Berçário e Malnutrição	Estágio em Psiquiátrica Urgências Reanimação		Estágio em Psiquiátrica Urgências Reanimação Estágio nos Centros de Saúde- Beira Programas de Saúde	Estágio nos C.S. da Beira - Programas de Saúde Estágio Saúde Comunitária Munhava Seminário de Humanização	Estágio Saúde Comunitária Munhava	Estágio Saúde Comunitária Munhava
Investigação II	Investigação II	Investigação II			Capacitação em TARV		Feira de Saúde	Apresentação final do Estágio na Comunidade
Farmacologia Aplicada	Farmacologia Aplicada	Farmacologia Aplicada				Trabalho de Pesquisa	Trabalho de Pesquisa	Trabalho de Pesquisa
Habilidades .Colheita de mostras .Diluição medicamentos .Administração .Processo de enfermagem pediátrico .Punção Lombar	Habilidades .Anamnese psiquiátrica .Exame de estado mental .Terapia estresse	Habilidades .RCP .Aspiração de secreções .Intub Endotraqueal .Traqueotomia .Uso Desfibrilador	Habilidades .Bio Estatística .SPSS .Epinfo		Habilidades .Visita Munhava. .Diagnostico Situacional .Anvoro de Problemas .Material didático .Medicina Verde			Habilidades .SWOT .Reflexão Espiral .Feedback

Fonte: Currículo de enfermagem UCM-2015

Módulo 3.1. Enfermagem Pediátrica. Duração de 6 semanas, 8 Créditos e 240 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Desenvolver estratégias e habilidades de enfermagem para uma atenção especial nas crianças sensíveis aos diferentes riscos de saúde.

Módulo 3.2. Enfermagem Psiquiátrica. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Obter os conhecimentos e habilidades de diferentes disciplinas precisados a fim de aplicar os cuidados de enfermagem aos pacientes psiquiátricos considerando as diferentes dimensões.

Módulo 3.3. Enfermagem em Urgências Médico – Cirúrgicas. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Desenvolver as habilidades práticas de decisão e reflexão ante as urgências e emergências de enfermagem.

Módulo 3.4. Enfermagem em Saúde Pública, Epidemiologia e Bioestatística.

Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Aprender e desenvolver estratégias para ações de prevenção e promoção da saúde da comunidade.

- Determinar o foco do cuidado de enfermagem em todos setores e situações da comunidade.

Módulo 3.5. Enfermagem em AIDI, Programas de Saúde e Educação Sanitária.

Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Obter os conhecimentos e habilidades de diferentes disciplinas precisados a fim de aplicar os cuidados de enfermagem aos pacientes pediátricos.

- Conhecer os programas de saúde e desenvolver técnicas de educação sanitária.

Módulo 3.6. Enfermagem em Saúde Comunitária, Geriatria, Administração e Gestão Hospitalar. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Orientar em termos gerais o desenvolvimento da estratégia de enfermagem comunitária, que permita logros traçados nos objetivos, executando atividades precisas e efetivas.

- Obter os conhecimentos e habilidades de diferentes disciplinas precisados a fim de aplicar os cuidados de enfermagem aos pacientes idosos.

- Adquirir habilidades administrativas para uma boa gestão de enfermagem comunitária e hospitalar.

Módulo 3.7. Enfermagem em Saúde Comunitária e Pedagogia. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Desenvolver capacidades e atitudes de ensino.

- Continuar a orientar, em termos gerais, o desenvolvimento da disciplina de enfermagem comunitária, que permita logros traçados nos objetivos, executando atividades precisas e efetivas.

Módulo 3.8. Formação Profissional de Enfermagem Baseada na Reflexão.

Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Desenvolver a capacidade de reflexão a fim de melhorar os cuidados de enfermagem (educação permanente).

- Continuar a orientar em termos gerais o desenvolvimento da disciplina de enfermagem comunitária, que permita logros traçados nos objetivos, executando atividades precisas e efetivas.

Objetivos gerais dos módulos do 4º Ano

No quadro 20 está o plano modular de 4º ano a seguir explanada.

Quadro 17 – 4º Ano: Enfermagem Profissional



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MOÇAMBIQUE
Faculdade de Ciências da Saúde
Curso de Licenciatura em Enfermagem



Módulos 4º ano

MODULO 4.1	MODULO 4.2	MODULO 4.3	MODULO 4.4	MODULO 4.5	MODULO 4.6	MODULO 4.7	MODULO 4.8
4 Semanas	5 Semanas	5 Semanas	5 Semanas	4 Semanas	8 Semanas	5 Semanas	5 Semanas
Enfermagem no Doente Terminal	Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (I) Semana Santa	Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (II)	A profissão de Enfermagem Mundialmente	Treinar e Supervisionar na Enfermagem Capacitação em TARV		Cooperação e Liderança na Enfermagem	Ola Enfermeiro/a Competente
Entrega e Defesa Trabalho de Pesquisa Desenvolvido no Estágio de saúde Comunitária	Estágio Integral Seminário de Humanização	Estágio Integral Entrega Trabalho de Pesquisa	Estágio Integral Entrega Trabalho de Pesquisa	Estágio em TARV Entrega e Defesa de trabalho de Pesquisa	Estágio no Distrito e no Centro de Saúde Seminário de Humanização	Estágio de Treinar e Supervisionar	Estágio de Treinar e Supervisionar
Apresentação de Artigo científico	Apresentação de Artigo científico	Apresentação de Artigo científico	Apresentação de Artigo científico	Apresentação de Artigo científico	Apresentação de Artigo científico	Apresentação de Artigo científico	
Habilidades .Práticas de Medicina Legal .Fazer Autopsia	Habilidades .Reflexão .Pesquisa internet	Habilidades .Reflexão .Trabalho pesquisa .Apresentação Casos	Habilidades .Reflexão .Trabalho pesquisa	Habilidades .Reflexão .Autoavaliação		Habilidades .Reflexão .Diagnósticos de Enfermagem .Revisão do Processo de Enfermagem	Habilidades .Reflexão .Autoconhecimento

Fonte: Currículo de enfermagem UCM-2015

Módulo 4.1. Enfermagem na Doença Terminal. Duração de 4 semanas, 6 Créditos e 160 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Prestar corretamente os cuidados de enfermagem em cuidados paliativos, o cuidado em fase terminal e o cuidado de pós-morte.

Módulo 4.2. Qualidade de Cuidados de Enfermagem (I). Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Melhorar os cuidados de enfermagem para realizar uma investigação prática e escrever um relatório sobre os resultados encontrados para desenvolver ou melhorar um protocolo ou uma diretiva e apresentar os resultados aos profissionais e equipa de saúde.

- Aprofundar a ética de enfermagem para aprender a refletir metodicamente os cuidados que realizamos com os usuários de saúde.

Módulo 4.3. Qualidade de Cuidados de Enfermagem (II) Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Melhorar os cuidados de enfermagem por meio de uma boa prática de PBE (problemas baseados na evidência) e baseado nos IQ (indicadores de qualidade) e nos protocolos de atenção de enfermagem.

Módulo 4.4. A Profissão de Enfermagem Mundialmente. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Conhecer as características próprias da profissão de enfermagem mundialmente.

- Conhecer as semelhanças e diferenças na execução da profissão de enfermagem mundialmente.
- Melhorar a aplicação dos cuidados de enfermagem por meio da consciencialização dos valores e das normas de profissão de enfermagem.
- Desenvolver uma conceição própria sobre a profissão de enfermagem.

Módulo 4.5. Treinar e Supervisionar na Enfermagem. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Desenvolver habilidades profissionais em treino e supervisão.

- Ser capaz de cuidar o paciente VIH positivo.

Módulo 4.6. Estágio Distrito. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Atingir uma atenção direta, participação social, investigação, docência e administração no Centro de Saúde / Hospital de Distrito e com o povo, respeitando a interculturalidade com valores e atitudes éticas.

- Consolidar a formação profissional demonstrando competências no cuidado integral de enfermagem para satisfazer as necessidades das pessoas desde o nascimento até à morte, do indivíduo, família e comunidade, no marco do modelo social de atenção de saúde e no contexto histórico, sócio – económico, político e cultural do país, região e distrito.

Módulo 4.7. Cooperação e Liderança em Enfermagem. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Desenvolver habilidades de cooperar e liderar numa equipa de enfermeiros, numa equipa multidisciplinar e com os estudantes.

Módulo 4.8. O/A Enfermeiro Competente. Duração de 5 semanas, 7 Créditos e 200 horas de contacto e estudo pessoal.

Objetivos gerais do módulo: Conclusão e avaliação geral dos quatro anos de estudo para o desempenho profissional como licenciado em enfermagem na realidade concreta do nosso país.

3.4.4. Seminários de Humanização

O cuidado, objetivo da prática de enfermagem, desenvolve-se no encontro com o outro, sendo mais facilmente reconhecido como uma necessidade nos momentos críticos da existência do ser humano. No entanto, ele precisa de ser sentido, assumido e exercitado no dia-a-dia da enfermagem para evitar que a sua prática se torne mecânica, impessoal e até desumana.

Considerando estes aspetos, no currículo de enfermagem desenvolvem-se os seminários de humanização duas vezes por ano ao longo dos quatro anos. Nestes

seminários se têm por objetivos sensibilizar os estudantes para o aspecto humano e solidário com os que sofrem, assumindo que a enfermagem é uma profissão e simultaneamente uma vocação de serviço. Os temas a ser tratados são referentes a cuidados humanizados, liderança, ética e autoconhecimento.

Nestes seminários, o objetivo é que os estudantes se desenvolvam mais como pessoas e se potencializem em aspectos que irão ajudar no seu desenvolvimento como futuros enfermeiros. Tem-se consciência, como universidade e como docentes de enfermagem o compromisso em preparar futuros profissionais enfermeiros que, além de competentes na técnica e no Cuidado Humano, se sintonizem com o papel social da Enfermagem, e também sejam cidadãos éticos comprometidos com eles próprios e com os outros, numa sociedade impregnada de incertezas, de pobreza e de sofrimento.

3.4.5. Conteúdo teórico e prático da estrutura específica do currículo

O conteúdo curricular teórico e prático de cada um dos quatro anos da licenciatura está expresso no quadro 18.

Quadro 18 - Conteúdo teórico e prático da estrutura específica do currículo

Ano	Teoria	Prática/ Estágio
1º	Teoria de fundamentos de enfermagem; anatomia, histologia, embriologia e fisiologia dos sistemas; bioquímica, introdução à farmacologia; sociologia – antropologia; temas transversais (ética, HIV/SIDA, informática, Inglês, comunicação, psicologia, teologia).	Habilidades de enfermagem básica, pratica no laboratório, e estágio nos serviços de medicina.
2º	Teoria de enfermagem médica e cirúrgica e de enfermagem especialidades (obstetrícia e ginecologia); patologia geral; fisiopatologia; farmacologia dos vários sistemas; microbiologia; parasitologia; metodologia da investigação científica; teologia.	Habilidades de enfermagem médico-cirúrgicas nos serviços de cirurgia geral e cirurgias especialidades (ortopedia, urologia, banco de socorros, bloco operatório e dermatologia). Habilidades de enfermagem especialidades (obstétrico, maternidade, ginecologia).

3º	Teoria de enfermagem especialidades: de pediatria, reanimação, urgências, psiquiatria, comunitária, geriatria e VIH/SIDA; epidemiologia; bioestatística; administração – gestão hospitalar; pedagogia; metodologia da investigação científica (projeto de pesquisa); formação profissional baseada na reflexão.	Habilidades de enfermagem especialidades (pediatria, reanimação, urgências de banco de socorros, psiquiatria e comunitária). Habilidades de bioestatística, SPSS, Epiinfo, didático, Medicina Verde.
4º	Doença terminal e cuidados paliativos; medicina legal; Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; PBE; os princípios de enfermagem mundial; VIH/SIDA; treinamento e supervisão; cooperação e liderança em enfermagem; o enfermeiro ideal.	Habilidades de enfermagem integral nas várias áreas, inclui relatórios do estágio, VIH/SIDA e estágio no distrito; ensino; elaboração e interpretação de artigos. Tudo isto assumindo progressivamente com responsabilidade com todos os domínios próprios de um profissional de enfermagem, através da reflexão-ação.

Fonte: Currículo de Enfermagem UCM-2015

3.4.6. Método de avaliação.

O método de avaliação é efetuado segundo os níveis de Miller (Quadro 19)

- Conhecer: teste escrito no fim de cada módulo (conhecimentos teóricos).
- Conhecer como: teste escrito no fim de cada módulo (conhecimentos teóricos).
- Mostrar como: exame prático na faculdade (habilidades práticas no fim dos módulos e avaliação da atitude ao longo do ano, quer dizer avaliação do comportamento profissional).
- Executar: exame prático com avaliação de atitude ao longo do estágio e no fim de cada semestre (habilidades práticas com avaliação do comportamento profissional).

Quadro 19 - Sistema de Avaliação

Executar	Exame prático	Ao longo do estágio e no fim de cada rotação e semestre
Mostrar como	Exame prático na faculdade	No fim dos semestres
Conhecer como	Teste escrito	No fim de cada módulo
Conhecer	Teste escrito	No fim de cada módulo

Fonte: Currículo de Enfermagem UCM-2015

As regras de avaliação e de passagem do ano estão descritas no guia da Faculdade e no regulamento do Curso. A formação será orientada pelos princípios definidos na Lei de Ensino Superior de Moçambique, pela Política Nacional de Saúde e pelos princípios éticos da Igreja Católica.

Os exames no fim de módulo, num valor de 100 pontos são equivalentes a 20 valores. Cada exame é composto por 40% de perguntas de múltipla escolha e 60 % de perguntas abertas, sendo até 25 perguntas com valor total de 60 pontos.

Neste exame 50% refere-se aos objetivos dos tutorias e outros 50% aos das palestras, habilidades e as disciplinas complementares à exceção de Inglês, Modulo básico de VIH, Informática e Teologia, disciplinas estas que têm um exame próprio e é considerado no certificado final.

No referente aos exames de habilidades básicas no 1º ano, temos a avaliação de OSCE, um ao final de cada semestre. Trata-se de uma ferramenta de avaliação prática que tem por objetivo avaliar o estudante criando cenários de prática das diversas habilidades onde o aluno tem que realizar um atendimento simulado. Os avaliadores, professores do curso, testam se as habilidades para aquela tarefa estão adequadas à prática de enfermagem, por meio da folha de avaliação conhecido como “check-list”. Esta avaliação ajuda a identificar competências e aptidões clínicas e práticas que o estudante adquiriu.

Desta forma, o aluno conhecerá os pontos fortes e fracos da sua formação, corrigindo automaticamente as eventuais distorções.

A importância da avaliação pelas OSCE recai sobretudo no que os estudantes fazem em detrimento do que sabem. Esta metodologia procura avaliar, nas suas múltiplas dimensões, a competência clínica de forma planificada, estruturada e objetiva pela observação direta da performance e interação de docente/aluno/ paciente, ao longo de um conjunto de estações. Uma das particularidades desta metodologia define-se na rotatividade, isto é, os participantes passam por todas as estações estruturadas de forma rotativa num intervalo de tempo pré-definido. O objetivo no acrónimo OSCE

refere-se à standardização de tarefas e de avaliação (baseada principalmente no formato de check-list) (Davis, 2003).

O exame que se desenvolve no OSCE decorre da seguinte forma:

- a) Comunicar ao estudante no início de semestre de que será avaliado em todas as habilidades desenvolvidas.
- b) Há um certo número de estações por um tempo de 10 minutos para cada estação.
- c) Cria-se o espaço de pequenos ambientes privados, onde se encontra em cada sala um docente para avaliar
- d) Elabora-se os chec-klist para habilidade com 10 itens a mais, dando um valor a cada pergunta de 0,1, e 2, fazendo um total de 20 valores; no final há espaço para registrar algumas observações para o feedback ao estudante.

Esta avaliação decorre antes de entrar no estágio nas medicinas, porque o estudante tem que ter destreza nas habilidades básicas dos procedimentos de enfermagem, desenvolver com competência cada procedimento, sendo assim um pré-requisito para entrar a trabalhar diretamente com o paciente.

Nos seguintes anos a avaliação de estágio é diretamente no hospital com um paciente designado. A avaliação de estágio supervisionado constitui atividade pedagógica de acompanhamento e julgamento dos estagiários em relação à aprendizagem nos aspetos cognitivo, psicoafectivo, psicomotor e ético:

- a) O estagiário é avaliado diariamente ao longo do período do estágio em cada rotação, através de participação nas atividades desenvolvidas, participação na gestão dos serviços, assiduidade, criatividade, iniciativa, objetivos traçados, processo de enfermagem, participação, conduta, frequência e Sistematização da Assistência de Enfermagem.
- b) Cada estudante tem o manual de estágio onde tem os objetivos a ser atingidos e todas as habilidades a desenvolver ao longo do estágio e toda a informação necessária.

- c) Cada estudante tem um guia de estágio pessoal e adquirido na coordenação, para programar pessoalmente o seu estágio, com objetivos a elaborar e a desenvolver cada dia, que é apresentado à supervisora para avaliar e assinar.
- d) Tem que entregar um processo de enfermagem com um caso especial que acompanhou ao longo de cada rotação.
- e) Elaborar um trabalho de pesquisa de alguma patologia escolhida e com todos os cuidados de enfermagem.
- f) Todos estes aspetos são avaliados e são um pré requisito para entrar no dia do exame
- g) O dia do exame é em grupos pequenos. Na primeira fase o supervisor designa um paciente para cada estudante, por um tempo de 3 horas, para desenvolver todos os cuidados de enfermagem e elaborar um processo de enfermagem.
- h) Logo passa para a segunda etapa do exame, oral com 3 supervisores, 2 da Universidade e 1 supervisor do Hospital ou centro de saúde. Apresenta o paciente, explica cada procedimento que desenvolveu. Para isto os supervisores podem verificar todos os registros do processo de enfermagem que elaborou. A terceira etapa são as perguntas referentes ao paciente: patologia, diagnósticos de enfermagem e, por último um feedback de tudo o que desenvolveu e foi observado pelos supervisores ao longo do exame.
- i) A nota provatória do exame de estágio é de 10 valores como mínima.

3.5 – Os recursos do curso de enfermagem

Neste subcapítulo referir-nos-emos aos recursos relacionados com o curso de enfermagem relativamente a: pessoal docente de enfermagem e docentes médicos provenientes do estrangeiro, salas de Habilidades, Biblioteca e locais de Estágio.

3.5.1. Pessoal docente de enfermagem

Os quatro primeiros anos trabalhou-se com docentes a tempo parcial, entre eles foram os recém - graduados de ISCISA (1º grupo de enfermeiros de nível superior) e docentes do curso de medicina.

Hoje há uma equipa de cinco docentes a tempo inteiro, quatro enfermeiras graduadas da UCM e uma enfermeira de Materno infantil do ISCISA.

A tempo parciais existem dois médicos que já trabalham há 4 anos, que colaboraram com tutoriais, palestras e habilidades. E alguns docentes de especialidade que apoiam a tempo parcial, de acordo com o módulo que se está a desenvolver, como ortopedia, neurologia e hematologia entre outros.

As docentes a tempo inteiro têm uma elevada carga horária, elas assumem a coordenação do ano específico, o que implica a elaboração, programação e coordenação dos módulos e acompanhamento do estudante. Assumem tutoriais, palestras, habilidades e acompanhamento de estágio.

3.5.2. Pessoal docente estrangeiro

Desde o início, no curso sempre houve apoio de docentes do estrangeiro, na sua maioria médicos de especialidade. Também houve apoio de duas enfermeiras com especialidade de pediatria da UCP (Porto), e neste último ano, o apoio de uma médica Holandesa que ajudou a fazer uma revisão do currículo, avaliação dos módulos, e a carga horária.

3.5.3. Salas de Habilidades

Desde o início do curso compartilhamos as salas de habilidades de anatomia com os estudantes de medicina. Ao longo do tempo criámos uma sala de habilidades própria para enfermagem com o material básico para desenvolver habilidades. Conseguimos implementar com ajudas de beneméritos de Holanda e Alemanha.

Para cada habilidade de enfermagem há um manual que permite ao estudante ter o conhecimento de todos os passos a serem desenvolvidos antes de ir para as habilidades, isto permite que as habilidades a ser desenvolvidas já sejam previamente conhecidas. Por tanto o objetivo é por em prática tudo o que foi estudado. Isto permite também ao estudante pedir algumas explicações sobre o que não é claro, para serem mais desenvolvidas.

3.5.4. Biblioteca

Quando iniciamos o curso, encontrámos uma biblioteca muito bem equipada para a área de medicina, no entanto, não havia um só livro de enfermagem. Graças à ajuda dos amigos de Núcleo de Ensino, Pesquisa e Consultoria em Finanças e Contabilidade (NUFFIC) e Médicos com África (CUAMM), compramos os primeiros livros de: Fundamentos de enfermagem, Enfermagem Médico-cirúrgico, Procedimentos de Enfermagem. Hoje têm livros de Enfermagem em Pediatria, Psiquiatria, Saúde Comunitária, Obstetrícia assim como de diagnósticos de Enfermagem, de Carpenito.

3.5.5. Locais de Estágio

O local de estágio, por excelência, desde o início do curso foi o HCB, que é a segunda maior unidade sanitária do país. Está localizada também no segundo maior centro urbano do país. Beira Hospital Central é um grande hospital na costa de Moçambique, com uma equipe total de 1 568 funcionários dos quais 90 são médicos e 318 enfermeiros nível médio e 12 de nível superior de ISCISA e UCM. Ele fornece uma ampla gama de serviços de saúde, incluindo cuidados intensivos, neurocirurgia e odontologia. Suas 1 028 camas (incluindo camas extra) servem 8 496 613 pessoas da região central de Moçambique, das quais 1 715 557 são da província de Sofala, com admissões anuais, totalizando 27 064. O hospital tem uma grande aposta na formação e abriga estudantes de enfermagem anualmente numa média de 210 por

semestre. Quando iniciámos os estágios no HCB, tínhamos um campo grande para desenvolver as habilidades, os grupos de estudantes eram pequenos e podia-se fazer um seguimento mais contínuo em coordenação com os chefes de serviço.

Os estágios são de acordo com anos curriculares, como já referido: 1º ano nos serviços de Medicina; o 2º ano nas cirurgias e especialidades, ginecologia; o 3º ano nas pediatrias, urgências, psiquiatria, reanimação; e o 4º ano em estagio integral em todos os serviços. Ocupando quási todos os serviços do HCB e o grupo de estudantes a aumentar começam a surgir problemas para a realização do estágio.

Os estágios são realizados com a ajuda de enfermeiros chefes de serviço, que apoiam no acompanhamento dos estudantes; sendo estes enfermeiros de nível médio, a supervisão das docentes da UCM é constante. A situação tem melhorado com a integração de recém graduados da UCM nos serviços – hoje já 8 enfermeiros graduados pela UCM trabalham no HCB, e são uma grande referência de apoio.

No segundo ano, o estágio de Maternidade desenvolve-se nos Centros de Saúde da cidade da Beira. Entre eles temos: Munhava, Nhaconjo, Chungusura, Ponta Gea.

3.6. A primeira geração de Enfermagem - 2008-2011

Verificou-se nos últimos anos, no Ensino Superior em Moçambique, um crescimento acelerado, tanto no número de estabelecimentos de ensino, como no número de estudantes que acolhe. Esta crescente procura do acesso ao Ensino Superior por parte dos jovens moçambicanos acabará naturalmente por se refletir também em mudanças nas expetativas académicas por parte dos estudantes.

Se anteriormente entrar numa Instituição do Ensino Superior era valorizado como um fator diferenciador e legitimador de uma determinada condição intelectual e socioeconómica, um número cada vez maior de estudantes que chega ao Ensino Superior em Moçambique, mas do que a sua capacitação numa área do saber, procura essencialmente uma formação e um título académico que lhe permita maiores e melhores condições de ingresso no mercado de trabalho. Neste sentido,

podemos assistir a algum desfasamento entre aquilo que os estudantes procuram como prioritário e aquilo que lhes é oferecido pelas Universidades (Nico, 2000). E não estamos já a falar de elites académicas e intelectuais, mas inclusive de alunos que chegam com fracas capacidades e bases de conhecimentos para enfrentarem as exigências do ensino superior.

É nesta realidade que o curso de enfermagem quer formar jovens enfermeiros, sabendo que a enfermagem é uma profissão comprometida com a vida das pessoas. A ideologia da enfermagem desde a sua origem significa abnegação dedicação. Isso marcou profundamente a profissão de enfermagem. Mas se o enfermeiro tem que ser alguém disciplinado dedicado, que exerce a profissão sem crítica social, que deve console e socorrer as vítimas da sociedade (Germano, 1993) ele precisa hoje de grande formação para responder aos desafios sociais e aos indicadores de saúde..

O curso de Enfermagem acolheu pela primeira vez um grupo de 25 estudantes, 5 do sexo masculino e 20 do sexo feminino; dentre elas 5 já enfermeiras de nível médio, com idades acima de 35 anos; um grupo de 6 estudantes jovens que vinham do ano propedêutico de medicina, e entraram em enfermagem como segunda opção; e os outros jovens com o desejo primário de estudar enfermagem. Era portanto um grupo muito diversificado. As expectativas que traziam eram muitas, pois o curso estava a iniciar-se com eles. Para a faculdade era também uma experiência nova e grande responsabilidade de formar enfermeiros de nível superior.

Para muitos deles este início no ensino superior implicou uma mudança na relação pedagógica, face ao ensino secundário, tanto na relação professor/aluno, como na de entre colegas; por outro lado, a universidade tem as exigências que são colocadas ao estudante: que não seja um ouvinte passivo, antes que construa conhecimento. A mudança de conteúdos também ocorre nesta transição do ensino secundário para o ensino superior. Existe grande quantidade de conteúdos, com utilização de linguagem mais científica e técnica, ou com uma abordagem mais abstrata, exigindo menos memorização e mais compreensão. O estudante tem que ter uma grande preocupação de pesquisa pessoal para uma aprendizagem eficaz. A

autoaprendizagem e a autorregulação da aprendizagem são competências cada vez mais exigidas pelo ensino superior, muito embora poucas vezes promovidas de forma explícita e intencional (Raposo, 2003).

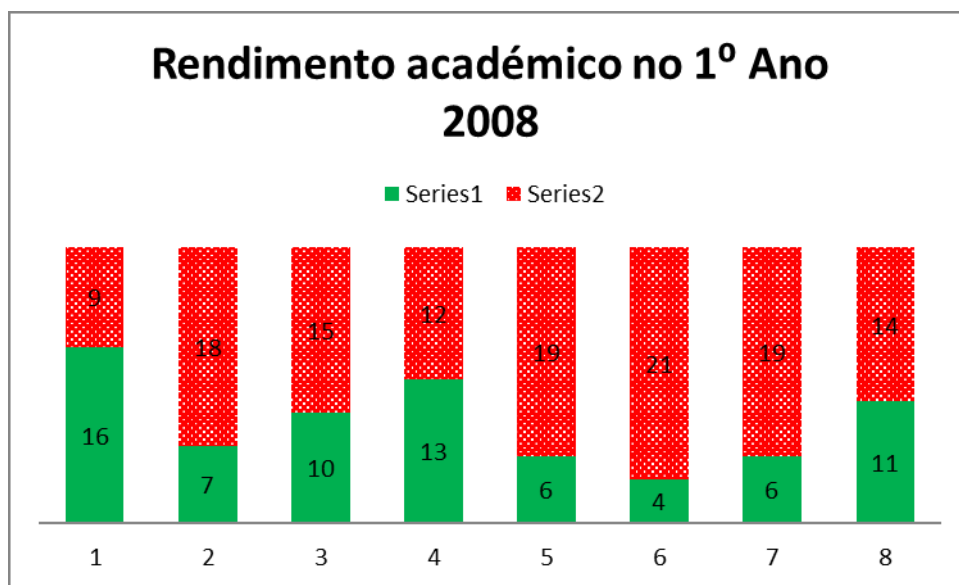
O primeiro módulo foi um relembrar de matérias básicas que se fazem no secundário: português, química, biologia, inglês, sociologia e introdução a enfermagem, com uma carga horária intensiva, tudo isto num módulo de 5 semanas (iniciando-se com o sistema clássico). Também se iniciou com habilidades de método de ensino PBL, preparando-lhes para o seguinte módulo.

No fim do primeiro módulo houve o primeiro exame. Os resultados foram um pouco assustadores, tanto para os docentes como para os estudantes: de 25 só aprovaram 9 estudantes. Este resultado obrigou a identificar o problema: O nível que trazia os estudantes era muito baixo ou o nível dos docentes foi muito alto tal, que não deu para os estudantes entenderem?

O professor tem aqui um importante papel, por serem alunos do primeiro ano, novo grupo e primeira geração. A competência científica, pedagógica e relacional dos professores, o grau de expectativas que estes colocam em relação aos alunos, o respeito pela diversidade de capacidades e modos de aprender, as diferenças de idades a atenção que dedicam ao estudante e, ainda, as suas competências de organização e gestão curriculares, podem concorrer para o tão desejado sucesso académico (Alarcão, 2000).

Os resultados deste processo de integração e adaptação podem observar-se no rendimento académico no primeiro ano (figura 18).

Figura 18 - Rendimento académico no 1º Ano



Fonte: Registo Académico da FCS-UCM-2011

Pela observação da figura 18, verificamos que no 1º Modulo de 25 estudantes, 16 reprovaram (88%). No 2º módulo são poucos os estudantes que reprovaram, é de louvar porque este módulo foi desenvolvido por meio de tutoriais, palestras e habilidades. Os módulos 1.3, 1.4 e 1.8 são os módulos que têm maior número de reprovados, não para justificar, mas são módulos amplos e com muitos conteúdos (três grandes sistemas do corpo humano) para estudar, sucedendo o mesmo no curso da medicina.

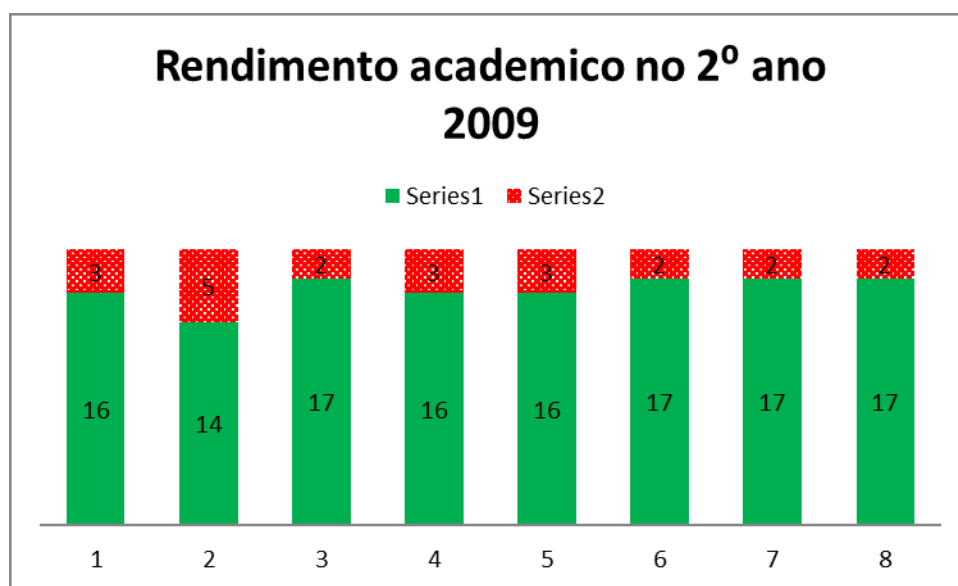
No fim do módulo ocorre a avaliação sumativa, que é realizada por escrito. Tem a peculiaridade de se basear nos objetivos do módulo e busca avaliar o conhecimento teórico adquirido ao longo de todas as sessões de tutoriais, palestras, laboratório e habilidades. Estes exames de módulos neste primeiro grupo foram 60 perguntas fechadas (múltipla escolha, onde só uma é verdadeira) com valor de 1 (um) ponto cada pergunta e 20 perguntas abertas com a pontuação de 1, 2, e 3 valores, de acordo com conteúdo e complexidade da pergunta. Fazendo num total de 60 fechadas e 40 abertas, 100 pontos. Este valor igual a 20.

No fim de cada módulo os alunos avaliam o corpo docente, o tutor, os problemas, as palestras e os tutoriais. Durante o desenvolvimento das atividades do módulo, fazem a avaliação deste como um todo, considerando a organização, o conteúdo, o sistema de avaliação, a biblioteca do campus e os laboratórios de habilidades.

No fim de primeiro ano tiveram que retirar-se seis estudantes que reprovaram nos exames e às recorrências de 4 módulos a mais. Isto não permitia continuar no 2º ano. Assim passaram para o 2º ano 19 estudantes.

O rendimento académico no 2º começa a melhorar em relação do ano anterior (figura 19). Os módulos são de Enfermagem Médico-cirúrgica, com objetivo de conhecer as patologias médicas e cirúrgicas.

Figura 19 - Rendimento académico no 2º Ano



Fonte: Registo Académico da FCS-UCM-2011

Até aqui continuava-se com tutores de medicina, o que implicava a exigência e o nível do desenvolvimento dos estudantes era muito diferenciado. Isto exigia aos estudantes mais tempo de estudo, maior aprofundamento os objetivos, não era memorizar, exigia mesmo entender.

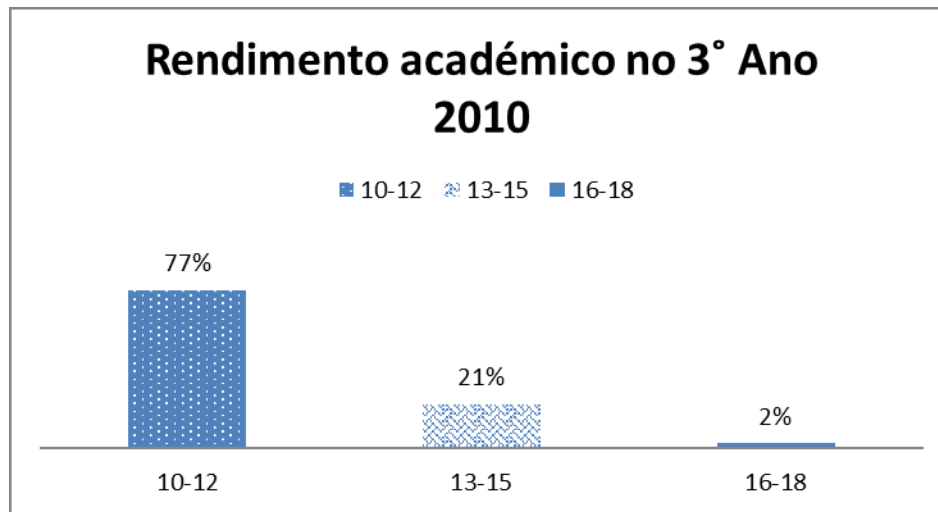
A aprendizagem e a construção do conhecimento se fazem pelo esforço do pensar, do abrir espaços para a reflexão, do aprender a aprender, aprender a estudar, do estímulo à curiosidade intelectual e ao questionamento à dúvida, e não à fixação do conteúdo que é dado em aula pelo professor. Neste contexto, estão inseridas as universidades que trabalham com o ensino superior, com a incumbência de construir esse saber, de preparar o aluno para pensar e principalmente para ser crítico e criativo (Hernandez, 1998). E o método de ensino PBL é uma metodologia que é formativa à medida que estimula uma atitude ativa do aluno em busca do conhecimento e não meramente informativa como é o caso da prática pedagógica tradicional (Sakai & Lima, 1996).

Há maior conexão com o método de ensino, o tempo de estudo pessoal se intensifica e os resultados acadêmicos começam a melhorar.

Dizer que este grupo de 19 estudantes que ficaram, tem duas enfermeiras de nível médio, que continuam a reprovar aos módulos consecutivamente: elas referem que, por mais tempo que estudem, não conseguem obter uma nota positiva. Assim antes de ir às recorrências, desistiram e foram para outra instituição de ensino, graduando uma delas só 2015 e a outra ainda se encontra a estudar. Isto também manifesta que a capacidade de adaptação a um novo método de ensino não é fácil, porque exige uma vez mais o referido anteriormente.

Na figura 20 apresentamos o rendimento acadêmico no 3º ano.

Figura 20 - Rendimento académico no 3º Ano



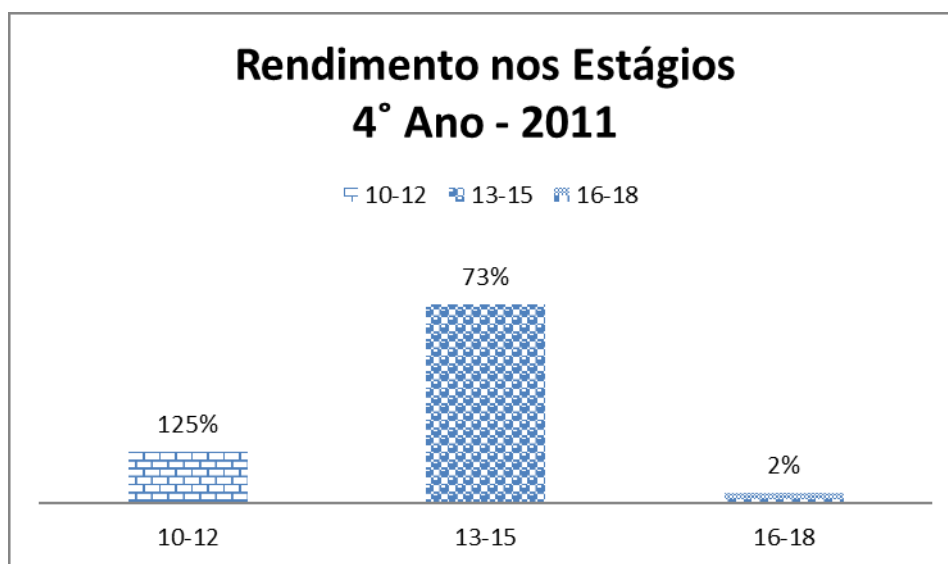
Fonte: Registo Académico da FCS-UCM-2011

O 3º ano constitui para a maioria dos grupos um tempo de estabilidade, tempo de saber conduzir com autonomia a sua formação. Muito poucos ou quase ninguém reprova nos módulos e até os resultados dos exames sobem um pouco mais. Como podemos verificar na figura 20: 77% dos estudantes (13 estudantes) atingiram uma nota positiva de 10 a 12 valores e 21% (3 estudantes) elevaram as notas consideravelmente em relação às notas do 1º e 2º ano. Um aspeto que se pode observar nesta altura são os grupos de estudo que se vão consolidando, vão criando forças para, como grupo, superar as diversas atividades.

O método PBL nesta fase ajuda a que os estudantes sejam ativos, fazendo escolhas sobre como e o que deverão aprender. Ao trabalhar em grupo, todos os membros colaboram na construção do novo conhecimento, necessário à resolução do problema. Para tanto, é necessário que o aluno além de emitir opiniões, saiba ouvi-las, e quando adversas, saiba respeitá-las também. Porém, para expressar opiniões, é preciso que o aluno tenha uma boa comunicação oral, e esta é outra habilidade trabalhada nos estudantes para atingir como grupo os seus objetivos (Deslisle, 1997).

No 4º ano os estudantes estão envolvidos no estágio, cujo rendimento é expresso na figura 21.

Figura 21 - Rendimento académico no 4º Ano



Fonte: Registo Académico da FCS-UCM-2011

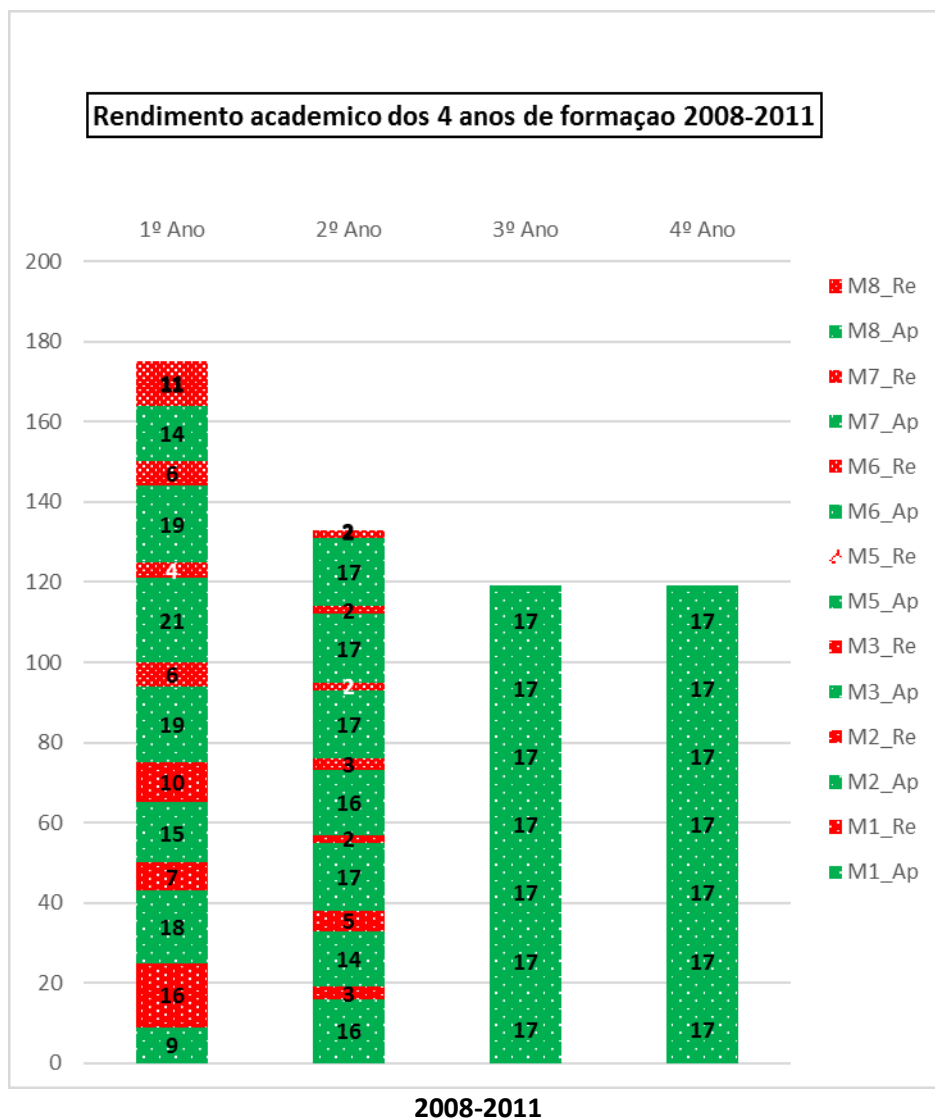
Quisemos salientar neste quadro o rendimento académico no campo de estágio, porque ao longo de 3 anos de formação intensiva os estudantes no 4º ano realizam o estágio integral. Este tem como objetivos; complementar a formação do aluno, proporcionando uma experiência académico-profissional através de vivências nos campos de prática do enfermeiro no ambiente hospitalar; estabelecer relações entre a teoria e a prática profissional, refletindo a sua aprendizagem com reflexões sobre o trabalho cotidiano do enfermeiro no Serviço de Saúde Hospitalar; aperfeiçoar habilidades técnico-científicas necessárias ao exercício profissional, no ambiente hospitalar, ou seja, planejar e executar o cuidado da Sistematização da Assistência de Enfermagem; fortalecer a integração do aluno com a realidade político-social e profissional; e reforçar os aspetos bioéticos inerentes ao exercício profissional, principalmente no ambiente hospitalar.

A esfera cognitiva do Currículo com PBL deve garantir que o aluno estude situações suficientes para se capacitar a procurar o conhecimento por si mesmo quando se deparar com uma situação problema ou um caso clínico” (Sakai & Lima, 1996).

Os estágios desenvolvidos no 4º ano são três: Estágio integral no HCB; Estágio no distrito (nos centros de saúde de Estaquinha, Barada e Mangundi) em centros de saúde que pertencem à direcção distrital de Buzi e Chibaba. O total de horas de estágio é de 845, perfazendo um total de 34 créditos; e o último estágio de treino e supervisão no HCB, estágio que ajuda o estudante a desenvolver-se como tutor de estágio com os colegas do 1º ano, nos serviços de medicina. Este estágio tem como objetivo cooperar e liderar no processo de formação dos estudantes do 1º ano através de supervisão, palestras, habilidades.

O panorama geral do rendimento académico da 1ª geração pode visualizar-se na figura 22.

Figura 22 - Panorama geral do rendimento académico da 1ª geração de Enfermagem



Fonte: Registo Académico da FCS-UCM-2011

Pode verificar-se que ao longo do curso o estudante vai superando as dificuldades e melhorando o rendimento académico. Assim, no 1º ano as reprovações foram mais que no 2º ano, já no 3º e o 4º ano, são aprovados em 100%.

Hoje todos os estudantes desta promoção estão a trabalhar para o Governo, à exceção de duas que ficaram como docentes do curso de enfermagem, na UCM.

Deve salientar-se que os da primeira promoção, muito rapidamente assumiram cargos de responsabilidade nos centros de trabalho: a energia que levaram para iniciar a vida profissional foi muito positiva, todos queriam fazer tudo certo como tinham aprendido, alguns deles desenvolveram técnicas especiais como toracocentese, punção lombar; observou-se alguns graduados a virem a nossa faculdade num fim de semana para levar cópias de alguns livros. Isto pode demonstrar que o sentido de pesquisa ante uma situação desconhecida é ir a livros e pesquisar (alguns que têm acesso à internet podem aceder mais facilmente). Alguns já são especialistas nestas práticas e por isso se lhes confia muito mais.

Nas visitas que fiz aos centros de trabalho, observou-se neles um crescimento como pessoas e como profissionais. Apresento o relato de quatro situações encontradas neste grupo: (1) A experiência de um deles: estava como responsável de banco de socorro em Pemba. Houve um grande acidente de autocarro; levaram todos os feridos ao hospital. Ele como responsável organizou todo o atendimento e começou a tratar dos mais graves até chegar o médico responsável. Chegaram as autoridades do distrito e por coincidência um chefe da província, ao verificar tudo o que tinha feito, perguntou-lhe se era médico, respondeu que era enfermeiro nível superior. Foi louvado pelo seu trabalho e a semana seguinte foi nomeado chefe de enfermagem.

(2) Numa outra visita, encontrei uma enfermeira que está a trabalhar num hospital de uma província, onde ficou como chefe, no banco de socorros. Observou que chegavam muitos casos de queimados; insistia que os pensos de queimaduras precisavam de um ambiente asséptico com material adequado. Esta proposta repetia-se constantemente. O ano passado foi criado o serviço de queimados e ela assumiu a chefia do mesmo. Uma frase que manifestou no encontro: aprendi a ter “compaixão” pelos doentes.

(3) Outro do mesmo grupo foi chamado pela direção provincial para ser docente do Instituto de Ciências de Saúde, com a responsabilidade de estágios.

(4) Duas enfermeiras são docentes no curso de enfermagem na UCM, o que ajuda a manter o método de ensino e ter uma visão mais ampla para o melhorar cada vez mais.

Concluindo: este primeiro grupo vai desenvolvendo o trabalho de enfermagem com muita entrega, muita decisão e podia dizer com qualidade, pois muitas vezes as condições no meio de trabalho limitam muitas iniciativas e em alguns casos podem frustrar o profissional.

Outro aspeto menos positivo é que pelas capacidades que vão demonstrando são chamados a fazer trabalhos fora da instituição, criando isto uma sobrecarga de atividades o que pode levar a baixar a qualidade de serviço nos centros de trabalho.

4.RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados relativos aos anos letivos de 2008 até 2015, colhidos com recurso a diferentes técnicas de recolha de dados. Para análise do sucesso académico recorreremos aos registos académicos da UCM. Por sua vez, a aprendizagem na perspetiva dos estudantes, do ano letivo de 2014, foi analisada através de: um questionário aos estudantes do 1º ano; e *focus group* aos estudantes do 4º ano.

Relativamente à avaliação do Método PBL na formação de enfermagem foram realizadas entrevistas: a enfermeiros graduados na UCM, no período de 2011 a 2014; aos enfermeiros chefes e responsáveis de enfermeiros formados na UCM; aos docentes do curso; e aos tutores. Também foram consideradas as avaliações realizadas pelos estudantes no final de cada módulo do ano letivo de 2015.

4.1. O sucesso académico

O total de estudantes que ingressaram em enfermagem na UCM, de 2008 a 2015 foram 134, tendo 87 deles concluído a licenciatura e todos com colocações de trabalho (quadro 20)

Quadro 20 - Número de graduados de Enfermagem

Geração	Ingressos	Graduados
2008 - 2011	25	17
2009 - 2012	15	13
2010 - 2013	28	19
2011 - 2014	30	20
2012 - 2015	36	18
Total	134	87

Fonte: Registo Académico da FCS-UCM-2015

Relativamente à área (província) onde desempenham a sua atividade profissional (quadro 21) a maioria está na região norte e centro do país.

Quadro 21 - Localidades de Trabalho

N°	Província	Enfermeiros da UCM
1	Cabo Delgado	5
2	Gaza	7
3	Inhambane	8
4	Manica	6
5	Maputo	5
6	Maputo cidade	4
7	Nampula	10
8	Niassa	8
9	Sofala	
	HCB	8
	UCM	4
	DPC	3
	Chibabava	1
	Buzi	7
10	Tete	3
11	Zambezia	8

Fonte: Grupo de graduados da UCM

4.2. A aprendizagem no 1º ano - perspetiva dos estudantes

As experiências durante o primeiro ano na universidade são muito importantes para a permanência no ensino superior e para o sucesso académico dos estudantes (Pascarella & Terezini, 2005; Terenzini & Reason, 2005). O modo como os alunos se integram no contexto do ensino superior faz com que eles possam aproveitar melhor (ou não) as oportunidades oferecidas pela universidade, tanto para a sua formação profissional quanto para o seu desenvolvimento psicossocial.

As ruturas impostas pela vida universitária repercutem-se ainda para além de outros âmbitos nas redes sociais dos estudantes. A universidade é um ambiente escolar distinto, nela a monitoração e o interesse da instituição pelo estudante é notadamente diminuído. Isto faz com que o envolvimento do estudante com a sua formação dependa muito mais dele próprio do que do ambiente universitário. A responsabilidade pelo aprendizado, antes centrada na escola, é agora deslocada para o jovem. Dele se espera autonomia na aprendizagem, na administração do tempo e na definição de metas e estratégias para os estudos (Soares, Guisante, Diniz, & Almeida, 2006).

Questionário a estudantes do 1º Ano - 2014

O questionário é um instrumento de investigação que consiste em um conjunto de questões apresentadas por escrito com o objetivo de obter informação básica ou avaliar o efeito de uma intervenção quando não é possível fazê-lo de outra forma (Coutinho, 2009). O questionário permite conhecer opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas e situações vivenciadas. Ele é especialmente eficaz “quando se pretende atingir um grande número de pessoas num curto espaço de tempo, sem necessidade de treinamento dos pesquisadores e não expondo os investigadores à influência das opiniões dos questionados” (Gil, 2006).

Optei por estruturar os questionários com perguntas abertas e fechadas, dada a possibilidade de assim obter respostas em que a riqueza dos dados motivam a sua leitura e ajuda a identificar aspetos do objetivo do estudo. O questionário utilizado na investigação foi desenvolvido no fim do primeiro semestre de 2014 com os estudantes que iniciaram o 1º ano; decorreram em instalações da faculdade para o efeito, de acordo com a conveniência do grupo de participantes. A duração foi aproximadamente de 45 minutos.

Durante a aplicação dos questionários atuei como facilitadora na leitura e explicação das suas perguntas.

Na pesquisa o uso dos questionários revelou-se vantajoso, por permitir a recolha rápida de dados, revelando-se um instrumento de pesquisa e uma ferramenta decisiva para se poder aperceber da adaptação dos estudantes ao método de ensino com PBL.

Caraterização dos estudantes do 1º Curso

A amostra dos jovens estudantes do 1º ano de Enfermagem foi constituída por 36 sujeitos. Tomando como referência as variáveis género, idade, procedência, situação económica e familiar e adaptações ao novo método de estudo PBL, 78% são do género feminino e 22% do género masculino. As idades estão compreendidas entre 18 e 27 anos, sendo que a maior percentagem (70%) se situa entre os 18 e 20 anos. São maioritariamente da Província de Sofala (41%) estando igualmente representadas as seguintes províncias: Manica (28%); Inhambane (11%); Gaza (5%); Tete (5%); Nampula (3%); Zambézia (3%) e Maputo 3%. Quanto à trajetória escolar dos estudantes inquiridos, 46% afirmaram ter frequentado o ensino secundário público; 36% provêm do ensino privado e os de equivalência 18%. Quando perguntámos se o curso que frequentam foi a sua primeira, opção 50% responderam afirmativamente e 50% negativamente. Destes últimos, os seguintes cursos foram os que obtiveram maior percentagem de pretensão como primeira opção: Medicina (35%); Agropecuária (3%); Saúde Pública (3%); Psicologia Social (3%); Análises Clínicas (3%); e Informática (3%).

Relativamente às perspetivas acerca do seu desempenho pessoal durante o primeiro semestre os estudantes, indicaram um desempenho “Bom” (58,3%) e “Regular” (41,7%). No que diz respeito ao relacionamento com os colegas, os inquiridos classificaram-no de “Bom” (52,7%) e “Razoável” (47,3%). Por fim, os estudantes classificaram as condições físicas da Universidade como “Boas, (63,8) “Regular” (36,2 %).

Ingressar na universidade nem sempre significa estabilidade. Assim os jovens podem manifestar preocupações, dúvidas, ansiedade e medo. Entre os fatores mais frequentes dessas manifestações estão: as transformações na concepção de estudo; as exigências pessoais e o enfrentamento das expectativas da família e da sociedade; os grandes conteúdos para estudar, a sensação de não saber nada, e a expectativa frente aos resultados das avaliações; a necessidade de longas horas de estudo e a dificuldade de organização do tempo; a competitividade e a possibilidade de fracasso; a incerteza relativa à escolha profissional e as perspectivas do mercado de trabalho; as frustrações com o ciclo básico; a vontade de abandonar o curso e o receio de não receber o apoio necessário; a distância dos familiares e a necessidade de organizar a sua vida sem a ajuda da família; as condições financeiras desfavoráveis e a necessidade de gerir os seus recursos; a convivência com as diferenças culturais, de convicções religiosas, ideológicas e filosóficas; os problemas com o ambiente na sala de aula, com a autoridade ou com a relação entre os pares; o distanciamento dos professores e as limitações nas atividades de lazer (Borges, 2008). Em relação aos sentimentos envolvidos a maioria (53%) apresenta alguns sentimentos negativos presentes no início do curso (quadro 22).

Quadro 22 - Resposta aberta do inquérito

Como te sentiste durante o 1º Semestre	Nº	%
Triste, solitário, medo, péssimo, fraco, só, ansiosa, pressionada, desorientada	19	53
Bem, feliz, emocionado, acolhido	10	28
Muito Bem, com capacidade de conquistar e enfrentar os desafios	7	19
Total	36	100%

Fonte: Inquérito realizado aos estudantes de 1º Ano de 2014

As vantagens e desvantagens verbalizadas pelos estudantes, relativamente ao novo método de ensino PBL, estão descritas no quadro 23.

Quadro 23 - Resposta aberta ao Inquérito, dificuldades e benefícios do PBL

Dificuldades com PBL	Benefícios/Vantagens com PBL
<ul style="list-style-type: none">• Dificuldade em leitura e compreensão• Ler e compreender em dois dias• Elaborar objetivos de cada tarefa• Vergonha falar em grupo,• Interação deficiente com alguns colegas• Refer informação em pouco tempo• Pouca interação com o tutor• Dificuldade de estudar em grupo com os colegas• Livros muito grandes e com muita informação• Não ter uma técnica de estudo e resumo para uma maior compreensão	<ul style="list-style-type: none">• Aproveito com os colegas nos tutoriais• Mais curiosidade para a leitura• Ser mais responsável e ter o tempo de estudo pessoal• Ajuda a lembrar a matéria para o exame• Deixar de ser preguiçoso• Tira a timidez• Auxilia o estudante na comunicação• Prepara o estudante para o futuro• Organizar-me pessoalmente• Ajuda a ser mais ativo• Ajuda a discussão e cria vontade de investigar mais• O aluno torna-se mais dinâmico• A discussão no tutorial ajuda a reter a matéria• Na discussão dos tutoriais chegamos a uma conclusão entre todos, é positivo nesse sentido• O aluno não dependente do docente• Incentiva os alunos a estudar mais• Ajuda a investigar, desenvolve a mentalidade do estudante, requer muita leitura, ajuda perceber problema e estudar mais.• O feedback entre estudante e docente, estimula estudante a aprender mais.

Fonte: Inquérito realizado aos estudantes de 1º Ano 2014

Alguns excertos de comentários pessoais

- *Aprendi a ser inteligente, comecei a gostar da leitura, tornei-me amigo dos livros, descobri o mundo da ciência, comecei a gostar da Enfermagem.*
- *Pelo método tornei-me mais responsável comigo e com os outros.*

- *Dá mais força para o estudante, pode-se expressar sem medo de receber críticas, saber dar um feedback aos outros, melhora a qualidade de compreensão.*

Os relatos demonstram as competências conseguidas.

4.3. Aprendizagem no fim do curso - Sessões de grupos focais no 4º ano

As sessões com os estudantes finalistas do 4º ano ocorreram entre Outubro de 2014 e Novembro de 2015 e decorreram nas instalações da Faculdade, de acordo com a conveniência do grupo de participantes. A duração foi aproximadamente de uma hora e meia por sessão e tiveram como objetivos: conhecer a opinião dos estudantes finalistas das duas gerações de 2014 e de 2015, relativamente à sua formação ao longo dos quatro anos com o método PBL; e perceber os benefícios do PBL, bem como algumas sugestões de melhoria.

O *focus group* iniciou com o acolhimento dos participantes numa conversa informal, momento em que se agradeceu a colaboração e participação no estudo. Logo que cada participante teve oportunidade de se apresentar aos restantes elementos do grupo, preparou-se uma pequena dinâmica de apresentação para facilitar o primeiro encontro e servir de *quebra-gelo* (Galego & Gomes, 2005).

Procurou-se transmitir na sessão que não procurávamos o consenso e que as divergências seriam muito válidas e desejadas para a investigação que se estava a desenvolver. As sessões foram moderadas pelo investigador, cuja função foi promover a participação e a interação de todos os indivíduos, assegurando que não houvesse dispersão em relação aos objetivos previamente estabelecidos, nem que nenhum dos participantes se sobrepusesse ao grupo (Galego & Gomes, 2005). Assim, neste estudo, a moderadora teria um nível de envolvimento intermédio evitando, por um lado, interferências e, por outro, assegurando que os tópicos seriam abordados e discutidos.

As sessões foram duas por grupo de sete estudantes cada e correram sem incidentes. Os participantes aderiram bem ao que lhes foi solicitado, mantendo-se muito interessados e participativos já que foi livre a sua participação. Considera-se que esta técnica permitiu que se criasse, não só um espaço de debate em torno do assunto comum a todos os intervenientes com permuta de experiências, mas também, que os participantes construíssem e reconstruíssem os seus conhecimentos adquiridos ao longo dos quatro anos e comprometendo a sua atuação como futuros profissionais (Galego & Gomes, 2005).

Procedimentos

Dada a riqueza dos dados obtidos através do *focus group*, procedemos de forma a assegurar a objetividade do seu tratamento e o maior aproveitamento possível das informações que tinham sido facultadas pelos sujeitos participantes.

Considerando Galego e Gomes, procurámos ter em consideração os seguintes aspetos na análise dos dados: (i) o moderador foi o principal responsável pela análise dos dados, na medida em que ele possuía informação privilegiada sobre as expressões faciais, o tom de voz usado pelos participantes, o contexto das falas e o clima da discussão; (ii) na transcrição das discussões gravadas, foi elaborado um plano descritivo das falas, que consistiu na apresentação das ideias expressas, bem como nos apoios e destaques para diferenças entre as opiniões e discursos do *focus group*; (iii) a análise realizada extraiu tudo o que pareceu mais relevante e associado com o tema pré-estabelecido (Galego & Gomes, 2005).

O corpus de análise resulta da transcrição integral dos registos áudio recolhidos. Recorremos à técnica de análise de conteúdo para tratar os dados, de acordo com Bogdan e Biklen (2010). Este processo envolve uma redução progressiva de dados através das seguintes etapas: (i) reouvir as sessões através do suporte áudio; (ii) realizar leituras globais (iii) efetuar leituras flutuantes do corpus (iv) filtrar, eliminando as partes dos discursos que não se enquadram ou se afastam dos objetivos.

Considerações Éticas

Existem alguns aspetos éticos a considerar na utilização de *focus group* (Carey, 2012). Teve-se em consideração a seleção e contacto com os participantes, a forma como tratar os dados e outras informações recolhidas, fruto da relação de confiança que se estabeleceu entre o investigador e os intervenientes. Estes cuidados contribuíram para a tomada de decisão na constituição dos grupos, na sua dimensão, no número de sessões e no nível de intervenção do moderador. Este pacto de confiança entre os participantes e o moderador/investigador teve por suporte o anonimato e a confidencialidade (Galego & Gomes, 2005). Assim, para além da autorização expressa dada no momento do recrutamento para participarem na investigação e para permitirem a gravação áudio da sessão, garantiu-se também, o anonimato, a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos no âmbito do presente estudo.

Durante a realização das sessões, o moderador teve a responsabilidade de atender e interferir adequadamente, quando as informações se tornaram muito particulares ou se monopolizava a participação (Carey, 2012).

Participantes

Participaram neste *focus group* 28 elementos do quarto ano do curso de enfermagem dos anos 2014 e 2015, divididos em quatro grupos que intervieram em duas sessões diferentes. Na primeira e segunda sessão participaram estudantes finalistas de 2014 em dois grupos de sete. Do primeiro grupo faziam parte quatro enfermeiros de nível médio a fazer a licenciatura connosco. Todos acederam livremente em participar. Na terceira e quarta sessão participaram estudantes finalistas do ano de 2015. No primeiro grupo havia uma enfermeira de nível médio, chefe da direção provincial de enfermagem a fazer o curso de licenciatura connosco. Na informação relativa à caracterização dos participantes foram incluídos finalistas do curso de enfermagem, na fase final de estágio de ensinar-supervisionar.

Objetivos do *focus group*

Como referido os nossos objetivos visavam conhecer como foi a sua formação ao longo dos quatro anos com o método PBL, nas duas gerações de 2014 e de 2015; e perceber os benefícios do PBL e algumas sugestões de melhoria. Neste contexto, foi importante recorrer a uma abordagem qualitativa, utilizando a técnica de *focus group*, para ouvir os participantes e a discussão gerada pela sua participação nas sessões.

Realizaram-se dois encontros por grupo, sendo que no primeiro ocorreu a discussão das vantagens do PBL ao longo da formação e, no segundo a discussão das dificuldades com PBL e as propostas de melhoria.

No quadro 24 apresenta-se a caracterização dos estudantes da geração de 2014, segundo o sexo, que participaram no *focus group*.

Quadro 24 - Caracterização dos estudantes de 2014 segundo o sexo

Elementos	Género
EA1	Feminino *
EA2	Feminino *
EA3	Masculino *
EA4	Masculino *
EA5	Masculino *
EA6	Feminino
EA7	Feminino
EB1	Feminino
EB2	Feminino
EB3	Feminino
EB4	Feminino
EB5	Feminino
EB6	Masculino
EB7	Masculino
EC1	Feminino *
EC2	Masculino

EC3	Feminino
EC4	Feminino
EC5	Feminino
EC6	Feminino
EC7	Feminino
ED1	Masculino
ED2	Masculino
ED3	Feminino
ED4	Feminino
ED5	Feminino
ED6	Feminino
ED7	Feminino

* Enfermeiro com nível médio.

Desde o tempo colonial que os serviços de Saúde formavam os recursos humanos de que necessitavam, desde o nível básico até ao nível médio. Eram as chamadas Escolas de enfermagem que graduavam os Enfermeiros auxiliares, Enfermeiros Gerais, Técnicos de Laboratório, Farmácia, Radiologia, Fisioterapia, etc. Estas escolas estavam sempre ligadas aos hospitais, campos privilegiados de treino e formação e onde eram recrutados como docentes, os médicos e outro pessoal especializado.

Com a independência de Moçambique e com a formação do Serviço Nacional de Saúde, tornou-se necessário promover um grande incremento na formação do pessoal de saúde. Foram criados mais Centros de Formação em todas as províncias e alguns distritos, permitindo assim o acesso ao ensino das populações rurais. Por outro lado, iniciou-se uma formação intensiva de base larga, dada a baixa escolaridade dos possíveis candidatos e criou-se aquilo que foi a grande revolução no nosso ensino, isto é, o aluno poderia entrar para o sistema de formação com o nível básico e ir progredindo dentro de determinada carreira até ao nível superior, através da equiparação dos graus do ensino secundário que ia obtendo à medida que completava os cursos. Esta foi a grande conquista do nosso sistema e respondia à

política de proteger as populações mais periféricas. Assim, uma boa parte do pessoal do Sistema Nacional de Saúde vem do nível básico e vai progredindo através de cursos de promoção. Com o alargamento e extensão do Serviço Nacional de Saúde e com as maiores exigências que se impunham na qualidade de atendimento dos doentes, os Institutos de Formação vão sentindo a necessidade de formar quadros de saúde com maiores capacidades e valências e maior âmbito de ação. Perante este desafio começaram a ser formados quadros médios especializados nas áreas de cirurgia, oftalmologia, anestesia e outras. São estudantes que têm equivalência da 12^a classe e fazem um curso intensivo de 3 anos. A nossa realidade prática vivida nos hospitais obriga a que atos médicos e cirúrgicos atribuídos aos licenciados em medicina sejam executados por pessoal de saúde de nível médio como técnicos de medicina ou enfermeiros (ISCISA, 2016).

4.4. Os enfermeiros graduados da Universidade Católica de Moçambique de 2011 a 2014

Os métodos de entrevista permitem a utilização da interação e comunicação humana, o que possibilita ao investigador obter dados muito ricos. O investigador, estando em contacto direto com o entrevistado, pode através das suas questões abertas e reações, facilitar a sua expressão e evitar que este se afaste do tema desejado. Numa entrevista semiestruturada, o investigador dispõe de uma série de perguntas-guia, que pode no entanto reformular ou alterar, de modo a permitir um decurso mais natural do discurso do entrevistado (Manzini, 2003).

A utilização da entrevista é especialmente adequada para analisar os sentidos que os atores dão às suas práticas e as leituras que fazem das suas próprias experiências, bem como para a reconstituição de acontecimentos do passado.

O modelo responsivo de entrevista baseia-se na recolha de dados através de entrevistas qualitativas. Numa entrevista qualitativa o entrevistador guia o participante numa discussão abrangente, promovendo uma exploração profunda e detalhada acerca dos tópicos da entrevista e dando seguimento às respostas dadas. Deste modo, cada entrevista é única, na medida em que as perguntas se adequam àquilo que cada participante partilha com o entrevistador (Rubim, 2005). Assim, e de modo a complementar os dados recolhidos por entrevista, realizaram-se questões relativas a método de ensino de PBL na formação de enfermagem com as seguintes questões (quadro 25):

Quadro 25 - Questões norteadoras da entrevista.

Questões
1. Ano em graduou na UCM
2. Lugar onde se encontra trabalhando? E que responsabilidades esta assumir dentro do serviço
3. Como você descreveria o método de ensino PBL?
4. Quais foram os benefícios do PBL em sua formação? O que mais marcou em você?
5. O método PBL está ajudar a você a desenvolver-se como um profissional de enfermagem? Ajuda a responder as necessidades da realidade hoje?
6. Quando tens alguma dificuldade o que faz, a quem recorre?
7. Que competência adquiriu com o método PBL e como esta a desenvolver-lhas no seu meio?
8. Que sugestão ou sugestões pode dar para melhorar a formação de enfermagem?

Fonte: Entrevista

No quadro 26 estão em detalhe os resultados das entrevistas aos graduados que trabalham para o Estado.

Quadro 26 - Entrevista aos graduados que trabalham para o Estado

Ano de Graduação	Local de Trabalho	Responsabilidade	Competências adquiridas com o PBL e vividas hoje na realidade concretas	Sugestões
1 2011 Masculino	Centro de Saúde Estaquilha Búzi- Sofala	Chefe de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade • Gestão e administração • Aprender a tomar decisões • Pesquisar quando não desconheço 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter estágios de administração hospitalar • Aprender a fazer estatísticas de informe • Aprofundar o programa de TARV
2 2011 Feminino	Hospital rural de Chókwè Gaza	Chefe de Programa de Pacientes com SIDA e em TAR	<ul style="list-style-type: none"> • Lidar com as dificuldades • Enfrentar os desafios • Sigilo profissional • Compaixão com os doentes que vivem situações difíceis • Atualização constante com a pesquisa 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar com os seminários de humanização • Aprofundar mas o programa de TARV
3 2011 Masculino	Hospital rural de Nhamatanda Sofala	Chefe de banco de socorros e responsável de estatística Supervisor de estagiários do centro de Formação de ciências de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar decisões • Trabalhar em equipa • Mais comunicador • Identificar diagnósticos de risco • Dar soluções na ausência do médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Estágios de administração • Continuar com formação exigente para manter a qualidade
4 2011 Masculino	Centro de saúde de Muchungue-Chibabava Sofala	Chefe responsável do centro de Saúde Com atenção nas Pequenas cirurgias, (extrações de dentes)	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisar mais do aquilo que aprendeu • Aprender mais... (tirardentes) • Responder aos desafios que se vão apresentando 	Ampliar o tempo de estágio para consultas médicas de especialidades (ginecologia, otorrino e deontologia)
5 2011 Feminino	Hospital provincial de Chimoio	Chefe do serviço de Queimados (iniciaram com ela)	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar técnicas adequadas para melhorar o serviço • Aprendizagem se faz todos os dias • Ter misericórdia • Capacidade de organização 	•
6 2011 Feminino	Hospital provincial de Chimoio	Enfermeira no Banco de Socorros	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar em equipa em termos da reflexão das nossas habilidades durante o nosso 	<ul style="list-style-type: none"> • Inculcar valores nos estudantes • Atualização dos

			trabalho e ajudar a fazer feedback em todo pessoal.	tratamentos e habilidades de urgências
7 2011	Centro de Saúde Mafambisse Dondo Sofala	Chefe do centro de Saúde Responsável das consultas de TARV E Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> Liderar na equipa de saúde Responsabilidade Organização Honestidade Capacitação constante Enfrentar os desafios 	<ul style="list-style-type: none"> Seguir formando gente com exigências para assumir a realidade que nos espera
8 2012 Feminino	Hospital central da Beira	Chefe do serviço das cirurgias	<ul style="list-style-type: none"> Tomar decisões Trabalho em equipa Liderar com humildade Fazer pequenas mudanças com fundamento 	<ul style="list-style-type: none"> Organizar o trabalho Gerir ao pessoal Agir com rapidez Identificar as urgências Desenvolver técnicas adequadas para prevenir complicações.
9 2012 Feminino	Hospital Central da Beira	Enfermeira no Banco de Socorros	<ul style="list-style-type: none"> Agir rapidamente Tomar decisões Lidar com pessoal Comunicação com as famílias Trabalho em equipa Responsabilidade Identificar as urgências das emergências 	<ul style="list-style-type: none"> Não tenho nada a sugerir só dizer que deve continuar com a formação que eu recebei
10 2013 Feminino	Hospital central da Beira	Enfermeira na Pediatria SUPE e Berçário	<ul style="list-style-type: none"> Segurança nos procedimentos de enfermagem Identificar o diagnóstico e dar o tratamento certo, com conhecimento Tomar decisões Gostar daquilo que se faz Responsabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> Atualizar algumas técnicas de enfermagem para pediatria. Ex. Técnicas de Ressuscitação
11 2013 Masculino	Hospital provincial Matola Maputo	Chefe de enfermagem Pediatria e programa de PCI	<ul style="list-style-type: none"> Trabalho em equipa Quando não sei alguma coisa tenho que pesquisar Auto avaliar-me Procurar melhorar sempre como parte da minha autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar com o mesmo método e continuar a ser exigentes a formação dos futuros profissionais
12 2013	Hospital Provincial	Chefe de enfermagem de	<ul style="list-style-type: none"> Me sento capaz de tomar decisões Posso dialogar com 	<ul style="list-style-type: none"> Seguir com o mesmo método de

Masculino	Matola Maputo	Medicinas e Formação do pessoal	as pessoas <ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar em equipa • Desejo de continuar formando-me • Pesquisa constante 	ensino e formar mais nos valores como pessoas
13 2014 Feminino	Hospital central da Chimoio	Enfermeira na Medicina Mulheres	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade • Fazer bem aquilo que aprendi • Justificar cada técnica de enfermagem • Humildade de saber que não sei tudo, mas posso aprender 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter estágio nos serviços de obstetria e ginecologia
14 2014 Feminino	Hospital Rural de Búzi	Responsável do programa de Malaria a nível do distrito e enfermeira no banco de socorros	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de organização • Responsabilidade • Trabalho em equipa • Identificação de riscos • Agir rapidamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzir mais informes estatísticos que o ministério exige
15 2014 Masculino	Hospital Central da Beira	Responsável de Medicina Modelo, supervisor de estágios do Instituto de nível médio e Docente na UCM	<ul style="list-style-type: none"> • Agir com fundamentos científicos • Organização e gestão • Trabalho em equipa • Atualização constante • Transmitir conhecimentos • Acompanhar aos mais novos 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar com o mesmo método, isso ajuda a pensar e agir criticamente

Fonte: Entrevista

4.5. Opinião dos enfermeiros chefe e responsáveis pelos graduados

A fim de completar a avaliação curricular sobre a opinião dos empregadores relativamente aos enfermeiros que nas suas instituições de saúde tinham sido formados na UCM. Para se realizarem as entrevistas, tivemos que nos deslocar aos centros de saúde e hospitais dos distritos das províncias de Manica e Sofala.

Das entrevistas sobressaem os aspetos positivos da formação nomeadamente capacidade de organização, liderança para trabalhar em equipa, responsabilidade no trabalho e identificação com enfermagem (quadro 27).

Quadro 27 - Entrevistas a enfermeiro chefe dos enfermeiros graduados da UCM

Lugar/Ano	Categoria	Como se observa o desenvolvimento dos enfermeiros da UCM	Sugestões
1 Direção provincial de saúde Beira 2014	Diretora da DPS	Têm orgulho de ser enfermeiros Responsáveis Adaptam-se rapidamente Agem criticamente Segurança nas suas habilidades	Atualizar-se em TARV
2 Hospital central da Beira/2014	Chefe de enfermeiras	Proximidade com o paciente Disponibilidade Rápidos ao agir Sabem trabalhar em equipa	Quando não sabem uma coisa devem perguntar
3 Nhamatanda /2015	Medico Chefe	Demonstra seu trabalho com capacidade e dinamismo. Capaz de trabalhar em equipa Disponível para ajudar Capacidade de organização Capacidade de discussão de casos clínicos Perceção científica	Capacita-los para assumir consultas clínicas
4 Nhamatanda /2015	Chefe de Enfermeiros	Confiável Dinâmico Técnicas adequadas Sabe gerir os conflitos e é solidário	Fazer sempre estas visitas para melhorar qualidade dos enfermeiros Reforçar o informe estático de saúde
5 Hospital central de Chimoio /2015	Chefe do banco de socorros	Trabalho em equipa Simplicidade para trabalhar em equipa Sabe transmitir o que sabe Capacidade de tomar decisão Proximidade com o paciente Cria um ambiente positivo	Manter a formação de competências práticas para a nossa realidade
6 Hospital Central de Chimoio / 2015	Chefe de Medicinas	Disponível para assumir responsabilidade Sabe dialogar Apresenta nas ocorrências o seu parecer Proximidade com o doente	Continuar assim
7 DPS Beira / 2016	Sub diretora da DPS	Responsáveis Bem preparados para assumir responsabilidades Confiáveis Competentes Sabem trabalhar em equipa	Reforçar para consultas de TARV

Fonte: Entrevista

4.7. Avaliação do Método PBL na formação de enfermagem

O currículo do curso de licenciatura em enfermagem apresenta como eixo estruturante a formação com método de PBL, onde o estudante aprende a partir de situações concretas da realidade e que o levam a pôr em prática num contexto clínico. Ajudam, o estudante a que adquira as competências de enfermagem no contexto clínico onde se treinam as práticas, contexto privilegiado para que o estudante adote uma atitude ativa, caracterizada pela análise da sua praxis, que conduz a um desempenho mais autêntico e eficaz (Nascimento, 2007), assente numa reflexão dialogante sobre o que é observado e experienciado, segundo uma metodologia de aprender a fazer, fazendo.

O ensino de Enfermagem passou por diversas fases de desenvolvimento, tendo como reflexo o contexto e o método de ensino. No ano 2011 quando se graduou o primeiro grupo de enfermeiros, contava-se que o currículo já estava completo e se podia seguir adiante, mas não foi assim: pelo contrário, era uma paragem para rever novamente os módulos, avaliar os conteúdos por meio dos objetivos do curso. Para esta avaliação se contou com o parecer dos docentes, tutores, e estudantes e uma autoavaliação do curso por meio da metodologia do SWOT.

4.7.1. Perspetiva dos docentes

Durante os primeiros 4 anos de início do curso a coordenadora era a única docente a tempo inteiro como enfermeira e um médico da UCM a tempo parcial; os demais docentes, a tempo parcial, foram 4 de nível superior, formados no ISCISA e trabalhadores no HCB.

Com esta pequena equipa nos reunimos um fim-de-semana, para avaliar módulo por módulo, revendo os objetivos com um olhar de enfermagem.

Estes encontros continuaram ao longo deste tempo com todos os docentes, agora 7 enfermeiras a tempo inteiro e 2 médicos a tempo parcial.

Estes encontros foram gerais; tratava-se de ver módulo por módulo e cada módulo com as tarefas, palestras e habilidades, o que leva muito tempo, sempre ficava a faltar o tempo para ver tudo.

4.7.2. Perspectiva dos tutores

No princípio (quer dizer nos 4 primeiros anos) os tutores foram médicos e havia encontros uma vez de 15 em 15 dias para avaliar os objetivos dos problemas e se estavam formulados de acordo com o problema. Daqui saíram muitas sugestões e tivemos que mudar alguns problemas.

O olhar dos médicos não é necessariamente o mesmo que o de um enfermeiro. Por isso, ficaram muitas coisas de enfermagem fora dos problemas.

Os médicos dificilmente entenderam os diagnósticos de enfermagem e os cuidados próprios de enfermagem; por isso nunca foi exigido aos estudantes nos tutoriais.

4.7.3. Perspetiva dos estudantes

Com os estudantes as avaliações ocorreram de forma verbal, antes de iniciar um novo módulo. Sempre se contestara em que o tempo de estudo pessoal era pouco e eram muitas as atividades.

No fim dos 4 anos de estudo com os do curso 2008-2011, fez-se um exame final de 200 perguntas de escolha múltipla: perguntas desde o 1º ano até 4ºano, não com fins de avaliação quantitativa, mas como uma avaliação que permitiria identificar o nível de conhecimento que adquiriram e uma autoavaliação para cada um analisar se “estudaram para passar ou para saber”.

O resultado final foi: (5) tiveram uma nota de 10-13 e os outros (12) abaixo de 10 valores. Consideram-se muitos fatores que teriam influenciado, como: o tempo, o

número de perguntas, a qualidade das perguntas e um fator importante a disposição dos estudantes para fazer o exame. As avaliações sempre são menos aceitas. O facto do exame não contar para avaliação pode ter desmotivado os estudantes a estudar para o mesmo.

No ano 2014 uma docente holandesa, especialista no método PBL em enfermagem, médica de profissão promoveu as avaliações escritas de todos os estudantes no fim de cada módulo: uma avaliação mais detalhadamente, onde o estudante tem a oportunidade de avaliar todas as atividades por meio dos objetivos do módulo, avaliar os docentes, tutores e coordenadora do curso. Esta avaliação permite ao estudante expressar-se livremente porque ser anónima.

Processadas as avaliações no fim temos um cenário geral de tudo o que os estudantes estão a experienciar e a responsabilidade dos docentes em ser íntegros ao lecionar as palestras, praticar as habilidades e acompanhar os tutoriais, incluindo hora e o tempo programado.

Estas avaliações ajudaram a ter encontros com os docentes a fazer o feedback: foi aceite e teve respostas positivas.

Com os tutores se tinha um encontro cada semana para avaliar as tarefas e o desenvolvimento dos estudantes. Alguns problemas foram refeitos, mudaram-se os objetivos e se incrementaram em todas as tarefas, dentro dos objetivos, os diagnósticos de enfermagem e os cuidados a ser desenvolvidos. Para alguns médicos que ainda não conheciam os diagnósticos e cuidados de enfermagem, era entregues numa folha a parte. Hoje muitos já conhecem perfeitamente os diagnósticos de enfermagem e os cuidados que esperam de enfermagem.

Participou-se em algumas palestras e tutoriais dos docentes para ser avaliados, com o objetivo de melhorar a qualidade dos docentes. Isto foi muito bem acolhido pelos docentes: trabalhar com o método de PBL, envolve a todos os docentes e tutores a entrar nesta dinâmica do feedback e avaliação, o que permite desenvolver a perceção e a observação do outro, para melhorar, e fazer com que perceba que pode melhorar.

Temos alguns itens (quadro 28) que foram avaliados pelos estudantes: Das respostas entregues de forma clara a satisfação dos estudantes relativamente ao curso.

Quadro 28 - Avaliação do Exame de OSCE- estudantes do 1º Ano

Itens	Insuficiente + Fraco %	Suficiente + Bom %
1. As perguntas do exame refletiram o conteúdo das aulas do módulo	11	89
2. A profundidade das perguntas foi conforme a profundidade das aulas	8	92
3. Está satisfeito com o tempo do exame	16	84
4. As habilidades contribuíram para a realização do OSCE	8	92
5. Os manuais de habilidades contribuíram para a realização do OSCE	3	97
6. Está satisfeito com o tempo da rotação do OSCE	22	78
7. Está satisfeito com a organização de OSCE	14	86

Fonte: Avaliações dos estudantes 2015

Na avaliação de tutoriais (quadro 31) pode observar-se que no item 6, os estudantes não estão satisfeitos com o tempo de rotação; poder-se-á entender, já que o tempo de rotação por estação é de 10 minutos. E no item 3, não estão satisfeitos com o exame, será porque, são estudantes de 1 ano, é a sua primeira experiência.

No quadro abaixo (quadro 29) podemos observar que é uma avaliação de uma sessão de tutorial, onde se pode ver que no item 3, que nem todos os membros dos tutorias participam nas discussões. Isto para a coordenação exige e equilibrar os grupos de tutorias e reforçar em todos a importância de uma participação dinâmica

Quadro 29 - Avaliação dos tutoriais - 1º Ano

Itens	Insuficiente + Fraco %	Suficiente + Bom %
1. Está satisfeito com o ambiente no grupo tutorial	22	78
2. O tutor estimulou a discussão no grupo	22	78
3. Todos os membros do grupo participaram nas discussões	34	66
4. O tutor auxiliou o chefe nas suas tarefas	11	89
5. Ao sair do tutorial soube os objetivos a pesquisar	13	87
6. O feedback no fim do tutorial foi transparente	24	76

Fonte: Avaliação dos estudantes

4.7.4. Os constrangimentos e dificuldades

A nossa realidade é um meio onde um conjunto de muitas circunstâncias não ajudam a ultrapassar os constrangimentos, por fatores económicos e sociais. Nas avaliações em geral, os principais constrangimentos identificados foram:

- Pouco pessoal docente para acompanhar os estudantes nos estágios. Isto obriga a que sejam orientados na clinica por pessoal menos qualificado embora com muita experiência.
- A formação que se dá aos estudantes pretende ser o ideal de enfermagem; mas a realidade é outra, e nos hospitais encontram realidades muito diferentes, onde o material básico para desenvolver os cuidados de enfermagem não existe.
- O número e características de pacientes e falta de pessoal fazem com que os cuidados de enfermagem não sejam de qualidade e o estudante aprende num ambiente hostil, vendo o que não deve ser.
- A biblioteca tem poucos recursos específicos para enfermagem.

- Faltam salas de habilidades para enfermagem. O número de estudantes aumentou e obriga agora a horários rotativos e ocupação contínua das salas de habilidades.

5 – PERSPETIVAS DE DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM NA UCM

Em Moçambique, a Enfermagem constitui-se atualmente uma área do saber útil à sociedade, expressa essencialmente no desenvolvimento de um conjunto de atividades que são essenciais à vida da sociedade moçambicana. Mas ainda não é reconhecida como grupo de saber autónomo e capacitado para intervir adequadamente e tomar a decisão certa na realidade concreta. O reduzido número de enfermeiros formados não permite uma ação concertada que aumente a visibilidade do grupo. Os passos do processo (cf. Figura 23) têm de ser dados.

Neste contexto, é essencial reforçar o ensino para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e profissão. Será pela qualificação que os enfermeiros serão mais reconhecidos. E importa que a UCM continue a investir nos mesmos pilares de sempre:

A - Humanização. Na nossa realidade urge reforçar a formação profissional científica e técnica com uma base humana sólida - só assim se pode construir um Profissional; Os conhecimentos são essenciais, mas não se pode investir somente em conhecimentos; antes, têm que ir integrado numa consciência humana, que permita no quotidiano, desenvolver uma enfermagem humanizada.

O conceito de humanizar, é a prática do humano que realizamos na relação com outro ser humano. Entendemos que humanização é usar da nossa humanidade para cuidar da humanidade do outro. Quando nos damos conta que a humanidade é nossa e deve ser vivida plenamente, não corremos o risco de nos desviar desse curso natural.

Na nossa realidade e muitas vezes por cultura, custa fazer feedback com a equipa, o que se manifesta nos diferentes problemas que cada dia apresentam os clientes e familiares.

Por isso o termo “humanização” vem sendo utilizado tão amplamente, tentando resgatá-la. Falar em desumanização é reportar-se a um processo de esquecimento, frieza de sentimentos e embrutecimento e falta de compromisso (MLF., 2002). A humanização implica envolvimento, e o inverso disso, quando não envolvimento, indica um processo de desumanização. Esse termo “envolvimento” vem gerando discussões na enfermagem, porque, para alguns, ele sugere o não limite entre profissional-usuário, e isso poderia trazer prejuízo ao processo de cuidar, uma vez que para se obter “eficácia” no procedimento deve ser mantida distância entre ambos. Com esse distanciamento, dizem eles, poderá o profissional examinar com atenção e minúcia e dar uma sequência coerente, regular e necessária aos acontecimentos. Logo, pensam eles, deve-se usar menos a emoção e mais a razão. Alguns trabalhadores da enfermagem não têm conseguido unir os valores ético-profissionais, tampouco e principalmente, discernir que o cuidado neles e a partir deles é um aspeto essencial. Esquecem-se de conversar, de ouvir e até mesmo de tocar o que está vivenciando a experiência de doença e dependência.

B - Pensamento crítico O pensamento crítico tem sido definido como o processo intelectual. Um pensador crítico identifica e desafia premissas de raciocínio, considera o que é importante numa situação, imagina e explora alternativas, tem em consideração os princípios éticos e desta forma toma decisões de forma informada.

Pensamento crítico-reflexivo em resolver problemas faz parte do processo decisório. Entretanto, uma escolha insensata pode levar à persistência do problema ou seu agravamento. Pensar de forma crítica, ou raciocínio crítico-reflexivo, vai além de decidir e resolver o problema; inclui a avaliação ampla do geral ao específico, estreitando o foco com vista a atingir uma conclusão. Algumas características de quem usa o raciocínio crítico incluem: ser aberto a novas ideias, intuitivo, enérgico, analítico, persistente, assertivo, comunicador, flexível, empático, preocupado,

observador, assumir riscos, enxergar além do que é apresentado, ser criativo, querer agir, voltado a resultados, aberto a mudanças, conhecedor (Marquis & Huston, 2010). A ocorrência de fracassos no processo de tomada de decisão e solução de problemas se dá com frequência em consequência de decisões rápidas, sem o exame sistemático do problema ou das alternativas de solução. Ter por base apenas tentativas de acerto e erro pode trazer falhas mais frequentes. Uma abordagem estruturada aumenta o raciocínio crítico, sendo a melhor maneira de decidir com qualidade e envolve a aplicação de um modelo teórico à solução de um problema e a tomada de decisão (Marquis & Huston, 2010). Para pensar criticamente precisamos de estimular a reflexão, o que significa desenvolver a observação, análise, crítica, autonomia de pensar e de ideias, tornar-se agente de transformações na sociedade e interagir com a realidade (Greco, 2008). Todos podemos aperfeiçoar nos no pensamento crítico-reflexivo, buscando conhecimentos, instruções e praticando conscientemente com esse objetivo (Greco, 2008). A evidência mostra que o métodos PBL reforça o sentido crítico de quem o usa na aprendizagem.

C - Pesquisa científica. Para ser eficiente, para se desenvolver, até para manter a sua posição como uma profissão a enfermagem precisa de responder a muitas questões. Enquanto o atual objetivo de enfermagem está ainda em processo de definição, pelo menos na prática, parece ser consenso entre os vários membros do campo de saúde, incluindo as da própria enfermagem, e a sociedade a que serve, de que são funções da enfermagem ajudar o paciente a satisfazer adequadamente qualquer necessidade que afete o seu estado de saúde e possibilitar a aplicação das prescrições médicas para ultrapassar a doença e manter a saúde.

Na situação concreta em que se encontra hoje nosso país, com problemas de saúde maiores que os recursos disponíveis, a enfermeira, em seu trabalho, esta colocada numa situação cada vez mais difícil; na realidade, dentro dos amplos limites do exercício da profissão, estão incluídas todas as funções envolvidas na cura da doença e na manutenção da saúde, com exceção de diagnóstico e prescrição médica. A enfermeira não somente continua a ser responsável por aquelas áreas *tradicionais* da

profissão, relacionadas com a medicação, tratamento, vigilância do estado do paciente, higiene geral e bem-estar, educação sanitária, manutenção de prontuários e responsabilidade pelo andamento geral do serviço como, também, está sendo responsável por novas funções; estas funções que aumentam continuamente e são frequentemente muito complexas, são também resultantes dos avanços de novos métodos de diagnóstico e tratamento

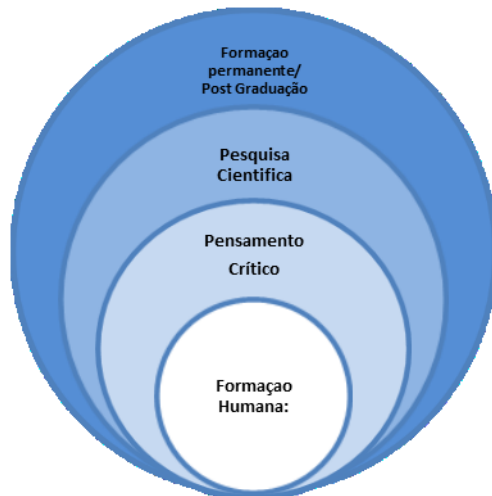
D -- Formação permanente: As aceleradas mudanças que se verificaram no último meio século, decorrentes da evolução social, tecnológica e digital fizeram emergir a formação como um instrumento essencial ao desenvolvimento profissional (Cánario, 1997). A formação deve ser encarada como um processo dinâmico e global que prepara o indivíduo não só para agir, mas acima de tudo para marcar a sua existência como entidade própria, tendo em vista a sua autonomia e identidade profissional, de modo a ser capaz de participar nos processos de transformação da própria sociedade (Claudino & Oliveira, 2003). Para Ferreira a formação permanente é o “conjunto de todos os processos educativos e de aprendizagem integrada ao longo da vida e considerados como um todo desde o nascimento até à morte” (Ferreira, O. 1997). A formação permanente integra-se no processo global de educação permanente e deverá preparar o indivíduo para o desempenho profissional ao longo da vida. Para além de incluir uma formação inicial, abrange também uma formação contínua que permite melhorar os conhecimentos, competências e atitudes profissionais (Cosme & Martins, 2002).

A formação contínua surge, como fruto da necessidade de dar continuidade à formação profissional e como um processo constante que se inicia após a formação base do indivíduo se destina a atualizar e melhorar as capacidades deste, de forma a atualizar-se face às evoluções técnicas e científicas e às necessidades sociais (Claudino & Oliveira, 2003) Este tipo de formação apresenta uma lógica própria, não apenas de aperfeiçoamento de competências ligadas ao trabalho, a acumular às já existentes, mas a da apropriação de competências no domínio do saber transformar e do saber transformar-se (Claudino & Oliveira, 2003).

O exercício da profissão de enfermagem requer formação contínua e cada vez mais formação avançada e a identificação clara do seu papel, assim como da especificidade que ele representa junto do utente. Deste modo, a competência do enfermeiro manifesta-se pelos conhecimentos científicos profundos e habilidades para os aplicar, numa atitude de cooperação e humanidade.

A proposta da UCM é de oferecer possibilidades de formação permanente através de cursos de pós graduação, na área das ciências da saúde e nesta linha, já tem o curso de Mestrado em Saúde Pública, destinado a todos os profissionais de saúde. Mas o a formação avançada específica para enfermagem ainda está em processo de maturação, sobretudo por falta de pessoal capacitado para o efeito capaz de levar a cabo a formação continuada dos graduados de enfermagem. Espera-se a curto prazo, com colaboração internacional, poder iniciar algumas ofertas nesta área.

Figura 23 – Focos do desenvolvimento de enfermagem futuro



A formação em Moçambique é um grande desafio, são muitos os fatores que a influenciam, como costumes, culturas, formação nas escolas, e as condições socioeconómicas, que são um fator importante neste processo de formação superior.

A história de enfermagem da formação superior em enfermagem é uma experiência muito recente. Constituem-se como principais desafios a ultrapassar os custos da formação. Desde a compra dos livros e fotocópias às despesas pessoais com casa, transporte e alimentação optar por formação superior em Moçambique é semear o futuro, mas com elevado esforço no presente.

A isto se agrega o baixo nível de formação anterior, que os estudantes que chegam à faculdade trazem das escolas secundárias, muitas vezes a ler e escrever com dificuldades, e sem uma consciência de responsabilidade pela auto-educação, sempre a espera da ajuda de outros.

Pelas características da Enfermagem – além de uma profissão precisa ser uma vocação em contextos mais desfavorecidos, exigir um perfil de “pessoa” com valores é também estimular a sociedade para a satisfação de necessidades básicas antes de outros desafios.

CONCLUSÕES

O presente estudo visou conhecer as vantagens do uso do PBL na enfermagem, mas também os constrangimentos e dificuldades da sua aplicação, nomeadamente em contextos sociais e económicos desfavorecidos.

Embora o estudo possa ainda ser mais aprofundado, face aos dados obtido, podemos resumir as vantagens em:

- A UCM está preparando futuros enfermeiros com o compromisso social de participar e assumir as suas competências frente às políticas de saúde no país.
- O enfermeiro que se forma fica capacitado para atuar com sentido de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, com capacidade técnica e científica, para ser promotor da saúde integral do ser humano.
- Os estudantes desenvolvem atitudes que os ajudam a crescer como pessoas, e competências transversais, como comunicação oral, escrita científica e trabalho em grupo, que são necessários a todos os profissionais, independentemente das suas atribuições e responsabilidades.
- No uso da metodologia PBL, os estudantes aprendem não só a resolver problemas, mas também a respeitar opiniões diversas e promover consensos para juntos a chegar a um acordo definitivo.
- O método PBL ajuda o estudante a responsabilizar-se pela própria aprendizagem, estudar de modo independente e desenvolve melhores hábitos de estudo, porque estuda mais para a compreensão do que para a memorização.
- O PBL facilita manter o estudante no centro da aprendizagem, estimulando o desenvolvimento do sentido crítico, fomentando o trabalho e o hábito de construir soluções em equipa, além de integrar os fundamentos teóricos aprendidos na pesquisa.

- Os estudantes tornam-se progressivamente responsáveis pela própria aprendizagem, assumem a responsabilidade na seleção do material bibliográfico e tornam-se investigadores.
- Eventuais lacunas que se verificam sempre no fim da formação académica de 1º ciclo, podem ser compensadas pela autonomia adquirida para a pesquisa e autoformação.
- A dinâmica interdisciplinar de trabalho com problemas - reais ou simulados - promove o sentimento de grupo entre os docentes, estimulando a troca de informações e experiências entre estes e entre os diferentes departamentos da faculdade.
- Os graduados da UCM são atualmente os melhores avaliados pelos supervisores ou empregadores, por demonstrarem melhores desempenhos profissionais, iniciativa, espírito empreendedor e capacidade de trabalho em equipa. Mas por isto são também chamados a fazer trabalhos fora da instituição, criando isto uma sobrecarga de atividades, que pode também levar a baixar a qualidade de serviço nos centros de trabalho.
- Pelo pensamento crítico a que é estimulado, o estudante aprende a pensar por si antes de falar ou desenvolver uma atividade, desenvolvendo habilidades interpessoais e climas afetivos favoráveis à aprendizagem contínua.
- Para a coordenação, o método possibilita a identificação precoce dos alunos que não tem vocação para a área de enfermagem e os que não podem entrar no método, o que ajuda a um seguimento mais efetivo.

Por outro lado, é também possível resumir os constrangimentos e dificuldades encontrados:

- Embora a faculdade, enquanto contexto, tivesse sido facilitador da criação e implementação de um curso de enfermagem criado de raiz com o método PBL, pelo facto de haver experiência com o curso de medicina, foram sentidos enviesamentos na conceção de um curso que deve formar profissionais

diferentes, embora complementares. A ideia inicial de que “para enfermagem não era preciso tanto” foi dificultadora do desenvolvimento inicial.

- As tarefas em cada módulo, ao serem concebidas à imagem do curso de medicina e lecionadas por médicos, limitaram o conhecimento às ciências básicas. Esta limitação foi ultrapassada com a inclusão de palestras e de algumas disciplinas por um tempo determinado.
- As características do curso de enfermagem obrigaram a adaptação ao método, como foi concebido inicialmente, desde logo, pela necessidade de introdução precoce de estágios.

Em conclusão, o método PBL assumido no curso de Enfermagem da UCM precisa ainda de desenvolvimento, nomeadamente no esforço de integração do conhecimento específico de enfermagem dentro dos problemas-caso. Sendo esta lacuna complementada por palestras no método clássico e integradas no exame de módulos, a solução exige professores habilitados para o efeito, o que só será conseguido com ajuda internacional ou formação avançada dos atuais professores, que será sempre mais demorada

Resta-nos afirmar que os enfermeiros da Católica em Moçambique estão já espalhados por todo o país e respondendo às necessidades do seu povo. Como foi manifestado pelos empregadores e chefes, neles ressalta o dinamismo, o trabalho em equipa e responsabilidade social, dentre outras qualidades. É certo que são uma mínima parte ante o número da população e o número de profissionais na área de enfermagem, mas acreditamos que as minorias podem fazer a diferença; mais, acreditamos que serão fermento na massa onde se integram e, com o tempo, produzirão bons frutos, para bem do povo e da enfermagem de Moçambique.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2000). *Para uma conceptualização dos fenómenos de insucesso/sucesso escolares*. Porto: Porto.
- Alfaro-Lefevre, R. (2009). *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería*. Barcelona-España: Elsevier Masson.
- André, M. E. (2005). *Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional*. Brasília: Liber.
- Araujo, B. C. (2001). *Aprender e Ensinar*. São Paulo: Global.
- Ascherio, A. R. (1995). *Dietary intake of marine, n-3 fatty acids, fish intake, and the risk of coronary disease*. *New Eng: J. Med.*
- Barroso, E. (2016). O Ensino Superior em Moçambique: entre os discursos políticos e a realidade. *Pambuzaka*.
- Barrows, H. T. (1980). *Problem based learning*. New York: Company.
- Bassey, M. (2003). *Case study research in educational settings*. Londres: Open University Press,.
- Berbel, N. (1998). different words or different ways? *Interface - Comunic Saude Educ.* In *Problematization and problem-based learning* (pp. 2(2):139-54.).
- Berti, H. B. (2008). Movement undertaken by newly graduated. *Rev Latino-am Enfermagem,,* 16(2), 184-91.
- Bligh, J. (1995). *Problem based learning in medicine*.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.
- Bogdan, P., & Biklen, S. (2010). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto : Porto Editora.
- Borges, A. e. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: diferenças relacionadas com a idade e género. *Psicologia*, pp. 551-561.
- Bravo, M. P., & Eisman, L. B. (1998). *Investigación Educativa. 3ª Ed.* Sevilla: Alfar.

- Bruyne, P. H. (1977). *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Cánario, R. (1997). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Canário, R. (2003). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Carey, M. &. (2012). *Focus Group Research*. Walnut Creek: CA, Left Coast.
- Cautinho, C. (2009). Investigação-acção: Metodologia Preferencial nas práticas educativas. *Psicologia, Educação e Cultura*, pp. 455-479.
- CELAM, C. G. (13-31 de Maio de 2007). Colombia: Centro de Publicaciones del CELAM.
- Claudino, M., & Oliveira, M. (2003). *Formação Contínua em Enfermagem*. Porto Alegre.
- Cliff, J., & Noormahomed, A. R. (1993). Health as a target: South Africa's destabilization of Mozambique. *Social Science and Medicine.*, 717-22.
- Cocco, M. &. (p.53-60,jan./abr. 1999. de 1999). Educadores e educandos em enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, pp. v.8, n.1,.
- Conceição, M. C. (2011). *Hospitais de primeira referência, distrito de saúde e estratégia dos cuidados de saúde primários em Moçambique*. Portugal: IHTM.
- Cosme, A., & Martins, L. (2002). . Formação em serviço: que motivações? *Revista Nursing*, 17 Novembro, 12-16.
- Costa, R. (Outubro/Novembro de 2009). Legado de Florence Nightingale: Uma viagem no tempo. *Enfermagem Vol. 18 N 14*.
- Creswell, J. W. (1994). *Qualitative and Quantitative Methods*. Newbury Park: Sage.
- Davis, M. H. (2003). 'OSCE: the Dundee experience'. *Medical Teacher*.
- Deffune, D., & Depresbiteris, L. (2000). *Competências, habilidades e currículos de educação*. Sao Paulo: SENAC.
- Delors, J. e. (2003). *Educação: um tesouro a descobrir*. Sao Paulo: UNESCO.
- Deslisle, R. (1997). *How to use problem-based learning in the classroom*. Alexandria: Ascd.
- Dochy, F. S. (2003). Effects of problembased learning: A meta-analysis. *Learning and Instruction*, 13, 533-568.

- Dores, A., Barreto, J. F., & Prudêncio, C. (2009). Innovation needed: Problem Based Learning. *Educación Médica*, 12 (2), p.S286.
- Ferreira, A. (2010). O papel do Ensino Superior no quadro do Desenvolvimento em Moçambique.
- Ferreira, O. (1997). Formação Contínua em Enfermagem (das motivações ao planeamento). (p. 28). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.
- Ferreira, A. (1999). *Aurelio Século XXI*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Galego, C., & Gomes, A. (2005). Emancipação,ruptura e inovação: O focus group, como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, pp. 173-184.
- Garenne, M., Coninx, R., & Dupuy, C. (1997). Effects of the Civil War in Central Mozambique and. *Journal of Tropical Pediatrics.*, 318-323.
- Germano, R. (1993). *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. Sao Paulo: Cortez.
- Gil, A. (2006). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora.
- Goicoechea, S. (2009). *Milking the Cow: Calculando o Índice de Desenvolvimento ajustado aos sexos em Moçambique*. Madrid: LLB.
- Gomes, R., Bagnariollo, A., Moreira, H., & Hafner, M. (13 de Fevereiro de 2009). A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema . *Interface Comun Saúde Educ.*, pp. 71-83.
- Greco, R. (2008). Tomada de decisão em Enfermagem. *UFJF. Faculdade de Enfermagem*, 3-4.
- Guba, E. G. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Hamel, J. (1993). *Case study methods*. California: Sage.
- Hernandez, F. (1998). *Transgressão e mudança na educação: Os projetos de trabalho*. Porto Alegre: Art Med.
- <http://www.ine.gov.mz/>. (1996-2016). Obtido em 15 de Junho de 2016, de <http://www.ine.gov.mz/operacoes-estatisticas/censos/censo-2007>: <http://www.ine.gov.mz>

- ISCISA. (02 de 2016). [http:// www.isicisa.ac.mz](http://www.isicisa.ac.mz). Obtido em 23 de Maio de 2016, de www.isicisa.ac.mz.
- Krippendorff, K. (1980). *Content Analysis; An Introduction to its Methodolog*. Beverly Hills: Sage.
- Longo, W. (2011). Pesquisa, desenvolvimento experimental e engenharia. *Revista da Escola Superior de Guerra*.
- Lopes, L., & Santos, S. (Dezembro de 2010). Florence Nightingale - Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. *Revista de Enfermagem Referencia, III Série- N 2*, pp. 181-189.
- Lúrio, U. (11 de Janeiro de 2016). <http://www.unilurio.ac.mz/>. Obtido em 14 de Junho de 2016, de www.unilurio.ac.mz: <http://www.unilurio.ac.mz/>
- Mamed, S., & Penaforte, J. (2001). *Aprendizagem Baseada em Problemas*. Fortaleza: Hucitec.
- Mannin, S., & G, M. (2002). Problem-Based Learning Network Position Pape.
- Manzini, E. (2003). Colóquios sobre a pesquisa em Educação. In M. Marquezine, M. Almeida, & S. Omotes, *Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevistas semi-estruturada* (pp. 11-25). Londrina: eduel.
- Manzini, E. (2003). Considerações sobre a elaboração do roteiro para entrevista semi-estruturada. *Cóloquios sobre pesquisa em Educação Especial*., pp. 11-25.
- Marquis, B., & Huston, C. (2010). *Administração e Liderança em Enfermagem*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Martins, H. (2001). *orquê Sakrani? Memórias dum médico numa guerrilha esquecida*. Maputo: Editorial Terceiro milénio.
- Matos, E. (2002). Novas formas de organização e aplicação: limites e possibilidades [dissertação de Mestrado. *Universidade Federal de Santa Catarina*.
- McClelland, D. (1989). *Estudio de la motivación humana*. Espana: Narcea.
- Ministros, C. d. (2010). *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA*. Maputo: República de Moçambique.

- MINSA. (2010). *Análise situacional da Carreira de Enfermagem em Moçambique: Relatório Técnico*. Maputo: Ministério da Saúde de Moçambique.
- MINSA. (2011). Sistema de Informação de Saúde-Registo de Óbitos.
- MINSA. (2012). *Relatório da Revisão do Sector de Saúde*. Maputo Moçambique: USAID, Health System.
- MINSA. (2014). *Plano Estratégico do Sector da Saúde*. Maputo : Direcção de Planificação e Cooperação.
- MLF., R. (2002). As políticas de saúde e a humanização da. *Rev Bras Enferm* 55(2), 196-9.
- Moçambique, A. d. (2015). Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República 1ª serie Nº 181-16 de Setembro de 2015*, 8059.
- Moçambique, P. d. (15 de Maio de 2011). Boletins da República . Maputo, Maputo , Moçambique.
- Monjane, L. J. (2013). *A formação de enfermeiros licenciados em Moçambique*. São Paulo.
- Morin, E. (2000). *Ciencia com Conciencia*.
- Murray, I. &.B. (2000). Staff development in problem based learning. In I. &.B. Murray. *Academic Medicine*.
- Nascimento, C. (2007). *Docentes de enfermagem: necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Nico, J. B. (2000). *Transição para o Ensino Superior*. . Braga: Universidade de Minho.
- Noormahomed, A. R. (2000). Coping with the consequences of reform: challenges for policy makers. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 189-195.
- ONU, N. u. (2013). *Relatório Sobre os Objectivos de Milénio*. Publicado em Nações Unidas, Nova Iorque : ONU.
- Pascarella, E., & Terezini, P. (2005). *How college affects students (Vol. 2): A third decade of research*. San Francisco: Jossey Bass.
- Paulo VI. (1975). *EVANGELII NUNTIANDI* . Roma: Libreria Editrice Vaticana.
- Pavignani, E., & Durão, J. R. (1999). Managing external resources in Mozambique: building new aid. *Health Policy and Planning*, 243-53.

- PEN III, P. E. (2014). *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2010 - 2014*. Maputo: Conselho Nacional de Combate ao SIDA.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2014). Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em Psicologia. *Interações*, v. X, n. 20,, 109-126.
- Perrenoud, P. (2002). *Avaliação da excelência à regulação das aprendizagens – entre duas lógicas*. . Porto Alegre: Artemed.
- Pinheiro, M. (2008). *Metodologias PBL em ambientes simulados no ensino superior profissionalizante*. Universidade de Aveiro.
- Pozo, J. (1994). *La solución de problemas*. Madrid: Santillana.
- Raposo, N. V. (2003). *As abordagens da adaptação ao ensino superior. As mudanças de contexto*,. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências.
- Resende, E. (2000). *O livro das competências*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Ribeiro, L. (2005). An experiment whit PBL in higher education. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, V.9, n.17, 357-68.
- Rios, T. A. (2000). *Ética e competência*. Sao Paulo: Cortez.
- Rodrigues, M., & Cassy, B. (2011). *A Gestão Académica como determinante da Qualidade de Ensino*. Moçambique: UniZambese.
- Rodrigues, M., & Cassy, B. (2013). A Gestão Académica como determinante da Qualidade de Ensino. *UniZambeze*.
- Rubim, H. &. (2005). *Qualitative interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Sá-Chaves, I. (2005). Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos formativos . In I. Sá-Chaves, *Os “portfolios” reflexivos (também) trazem gente dentro* (pp. pp. 7-19). Porto: Porto Editora.
- Sakai, M. H., & Lima, G. (1996). PBL: uma visão geral do método. *Olho Mágico*,. *Londrina*, v. 2, n. 5/6.
- Santos, H. M. (2004). *O Estágio curricular na formação de professores*. São Paulo: UCSP.

- Santos, L. (2001). *Adaptação Académica e Rendimento Escolar: Estudo com alunos Universitários do 1º Ano*. Braga: Universidade do Minho.
- Saúde, M. d. (2008-2015). *Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde*. Maputo-Moçambique: Direcção do Recursos Humanos.
- Saúde, M. d. (2012-2016). *Plano Estratégico de Malária*. Maputo: Direcção Nacional de Saúde Pública.
- Schmidt, H. (1993). Foundations of problem-based learning: Some explanatory notes. *Medical Education*, 422-432.
- Schom, D. A. (1992). *Formar professores como profissionais reflexivos*. Lisboa: Dom Quixote.
- Segall, M. (1977). Health and national liberation in the People's Republic of Mozambique. *International Journal of Health Services.*, 319-25.
- Simpson, E. J. (1972). *The Classification of Educational Objectives in the Psychomotor Domain*. Washington,: Gryphon House.
- Soares, A., Guisante, M., Diniz, A., & Almeida, L. (2006). Construcción y validación de un modelo multidimensional de ajuste de los jóvenes al contexto universitario. *Psicothema*, 249-255.
- Stake, R. (1998). *Case studies*. In N.K. Denzin e Y.S. Lincoln (eds.). Thousands Oaks,: Sage.
- Stake, R. E. (1994). Case Studies. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln, *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247.). London: SAGE Publications.
- Terenzini, P. T., & Reason, R. D. (2005). *Parsing the first year of college: Rethinking the effects of college on students*. Philadelphia: PA.
- UCM. (2016). *Manual da Política Científica da UCM*. Moçambique: Reitoria.
- UNAIDS, H. L. (2011). *Political Declaration on HIV/AIDS*. New York: UNAIDS.
- UNICEF. (2008). *Saúde Materna*. New York, NY 10017, USA: Unicef.
- UNICEF. (2014). *HIV/SIDA*. Moçambique: UNICEF.
- Vaticano, I. (1965). *Concilio Ecumenico*. Roma: São Pedro.
- Venturelli, J. (2001). *Educación Médica y en Ciencias de la Salud; Inminencia y necesidad del cambio*. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Macmaster.

- VI, P. (1982). *Exortação apostólica Evangelii Nuntiandi*. São Paulo: Loyola.
- Walt, G., & Melamed, A. (1983). *Mozambique: towards a people's health service*. London: Zed : Books.
- Watson, J. (2002). *Teoria de Enfermagem*. Sao Paulo: Iatria.
- WHO. (2007). *Strengthening health systems to improve health outcomes*. Geneva: World Health Organization.
- Williams, C. (2002). *Reconstruction of high-latitude tertiary floodplain forests in the Canadian Arctic*. Philadelphia.
- Wood, D. (2003). *Problem Based Learning*. BMJ.
- Yin, R. K. (1994). *Pesquisa Estudo de Caso - Desenho e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.(2 ed.).
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso*. Porto Alegre: Bookman.
- Yuan, H., Kunaviktikul, W., Klunklin, A., & Williams, B. A. (2008). Improvement of nursing students' critical thinking skills through problem-based learning in the People's Republic of China. *Nursing & health sciences*, v.10, n.1, 70-76,.