

ijhe
Interdisciplinary Journal
of *Health Education*

2017 Jan/Jul 2(1)

Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: perfil e capacitação pedagógica do docente do curso de medicina

Active methodologies of teaching-learning: profile and pedagogical training of teachers of medical school

Lizomar de Jesus Maués Pereira Moia^{1,2}, Raphael Primo Martins de Sousa³,
Renato Mauro Vieira Souza³, Aline Batista da Fonseca³

¹Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém (PA), Brasil.

²Universidade do Estado do Pará, Belém (PA), Brasil.

³Universidade do Estado do Pará, Campus XII, Santarém (PA), Brasil.

RESUMO

O corpo docente é a base fundamental sobre a qual devem ser instituídas as mudanças necessárias para a formação da área da saúde. Diversos estudos têm constatado a ausência de preparo pedagógico do professor de medicina, em especial, às metodologias ativas de ensino e aprendizagem. **Objetivo:** Este artigo traçou o perfil profissional dos professores do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA) em Santarém, e conhecer o seu nível de capacitação acerca das metodologias de ensino médico, com ênfase no método de Aprendizagem Baseado em Problemas (ABP). **Métodos:** Foi realizado um estudo quantitativo, de abordagem estatística, descritiva e transversal. **Resultados:** A amostra constituiu-se por 48 docentes. Os resultados mostraram que 75% dos professores são graduados em medicina. Quanto ao módulo em que atuam, predominaram o “Internato” (41,7%) e as “Habilidades Clínicas” (29,2%). Quanto à titulação acadêmica, 35% apresentavam pós-graduação *Stricto Sensu*, 29% mestrado e apenas 6% doutores, o restante detinha alguma especialização. Com referência ao vínculo empregatício, apenas 44% dos pesquisados relataram ter vínculo efetivo com a instituição e destes, somente 8% encontram-se em dedicação exclusiva. Os tutores, em sua maioria (74,1%) apresentaram pelo menos 2 vínculos empregatícios além do vínculo com a universidade, com variação em até 4 vínculos diferentes. Contatou-se ainda que apenas 29% dos docentes cursaram alguma pós-graduação voltada para educação e que 60% não tiveram nenhum treinamento para atuar em metodologias ativas de aprendizagem. **Conclusão:** Diante dos resultados, sugere-se que se realizem mudanças nas condições de trabalho dos professores, criando-se incentivos, em termos de progressão na carreira, recompensas profissionais, projetos de aprimoramento em educação médica, especializações e bolsas de mestrado e doutorado vinculadas à instituição de ensino, para que a carreira acadêmica torne-se mais atraente e almejada aos olhos desses profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Educação médica. Aprendizagem baseada em problemas. Capacitação. Condições de trabalho.

ABSTRACT

The teaching staff is the fundamental basis about which should be instituted necessary changes to the formation of health area. Several studies have noted the absence of pedagogical preparation of the teacher of medicine with regard, in special, to the active learning methodology. **Objective:** This article traced the professional profile of the medical school professors from Pará State University (UEPA) in Santarém, and know their level of training about medical teaching methodologies, with an emphasis on Problem-Based Learning method (PBL). **Methods:** This is a quantitative study, with descriptive approach, descriptive and transversal. **Results:** The sample was made up of 48 teachers. The results showed that 75% of teachers are graduated in medicine. Regarding the module in which they work, they predominated the “Internship” (41.7%) and “Clinical Skills” (29.2%). As for the academic degree, 35% had postgraduate *stricto sensu*, 29% master's and only 6% doctors, the rest detained some specialization. With reference to employment relationship, only 44% of surveyed reported having effective link with the institution and of these, only 8% are in exclusive dedication. The tutors mostly (74.1%) have at least two employments beyond with the university, ranging by up to 4 different links. It was further observed that only 29% of teachers studied some postgraduate focused on education and 60% had no training to work in active learning methodologies. **Conclusion:** Face of the results, it is

Recebido: Maio 31, 2016

Aceito: Nov. 20, 2017

COMO CITAR ESTE ARTIGO

Moia LJMP, Sousa RPM, Souza RMV, Fonseca AB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: perfil e capacitação pedagógica do docente do curso de medicina. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. 2017 Jan-Jul;2(1):1-9. <https://doi.org/10.4322/ijhe.2016.012>

CORRESPONDÊNCIA

Lizomar de Jesus Maués Pereira Moia
Seção de Hepatologia, Instituto Evandro Chagas
Av. Almirante Barroso, 492,
CEP 66090-000, Belém (PA), Brasil
Tel.: (91) 211-4461
lizmoia@yahoo.com.br

FONTE DE FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

O estudo foi realizado em Santarém (PA), Brasil.

Todos os autores leram e aprovam a versão final submetida ao *Interdisciplinary Journal of Health Education (IJHE)*.



suggested that there will be changes in the working conditions of teachers, creating incentives, in terms of career development, professional rewards, improvement projects in medical education, specialization and master's and doctorate scholarships linked the educational institution, for the academic career to become more attractive and desired in the eyes of these professionals.

KEYWORDS: Education medical. Problem-based learning. Training. Working conditions.

Introdução

O corpo docente é a base fundamental sobre a qual devem ser instituídas as mudanças necessárias para a formação da área da saúde, e a prática pedagógica tem se constituído em um tema relevante de investigação na área médica. Nesse contexto, é ainda recente a concepção de que, além das competências específicas para exercer a profissão médica, existem as competências relacionadas especificamente à docência universitária, como o domínio pedagógico para a boa prática docente¹.

Em estudo recente, foi possível perceber a falta de preparo da maioria dos docentes das escolas médicas¹. O corpo docente é um dos principais pilares para reformulações necessárias à educação médica, como a implementação do Problem-Based Learning (PBL), que se tornou mais difundido no Brasil com o advento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de medicina em 2001. Estas diretrizes determinam que os cursos de graduação em medicina devam ter um projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito de aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo de ensino-aprendizagem, atendendo aos preceitos de aprendizagem ativa^{1,2}.

Diante desse contexto, há falta de profissionalização docente, ou seja, domínio de conhecimentos, comportamentos e habilidades para o ensino, e frequentemente se desconhece a estrutura curricular e a relação entre as disciplinas³. A instituição de um modelo de aprendizado diferenciado, que rompe com as estruturas curriculares tradicionais do ensino médico, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), os desafios pedagógicos para capacitação dos professores são ainda maiores, haja vista o pouco conhecimento prévio que os profissionais possuem sobre a metodologia (a grande maioria não foi sequer formada nela, já que a metodologia foi introduzida recentemente no projeto político pedagógico de algumas escolas médicas brasileiras)⁴.

Como em algumas outras áreas, os docentes de cursos de graduação da área da saúde, especificamente de medicina, veem a docência apenas como uma atividade complementar e secundária. Este fator faz com que os próprios docentes (e até mesmo as instituições) não reconheçam no comprometimento com a universidade, um fator essencial para a prática da docência. Combinado à falta de capacitação pedagógica e uma metodologia de ensino-aprendizagem inovadora, cria-se um cenário peculiar onde o docente pouco reconhece seu papel e não possui preparo didático adequado^{1,2,4}.

Portanto, este artigo avaliou o grau de capacitação pedagógica, o nível de comprometimento universitário, bem como o conhecimento teórico acerca da ABP no curso de medicina da Universidade do Estado do Pará, campus Santarém, que emprega, há mais de oito anos, as metodologias ativas como base de seu projeto político pedagógico.

Métodos

Trata-se de estudo quantitativo, de abordagem estatística descritiva, sendo ainda transversal. Antecipadamente realizou-se uma análise estatística através do programa StatDisc 5.0 para realização do cálculo amostral. Desse modo, foi observado que no universo de 75 professores (concursados e contratados) do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará - campus Santarém – o espaço amostral ideal para uma pesquisa significativa, seria com 48 docentes, sendo estes, selecionados

aleatoriamente. Posteriormente, para análise gráfica foram utilizados os softwares Bioestat[®] e Excell 2010.

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: a) Docentes do curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará em Santarém, sem a discriminação de tipo de atuação docente, vínculo ou formação profissional que aceitassem participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); b) Docentes que não estivessem de licença ou cedidos para outros cursos dentro da Universidade.

A coleta de dados ocorreu seguindo os seguintes passos: a) De comum acordo firmado entre o(s) pesquisadores e o(s) professor (es), através de TCLE, para o preenchimento de questionário; b) fornecimento de questionário, dividido em duas temáticas: (1) 14 questões relacionadas ao seu perfil e formação pedagógica e profissional; (2) 8 questões referentes à percepção de seu conhecimento sobre metodologias ativas de aprendizagem e conhecimentos fundamentais sobre o tema. O questionário contém questões de três vertentes: (1) Perfil acadêmico e profissional do pesquisado: sobre idade, instituição de graduação, vínculo institucional com a universidade, formação acadêmica, titulação, área de atuação médica, experiências profissionais em docência etc. (2) Grau de capacitação pedagógica para a docência: se cursou disciplina de prática pedagógica ou afins, se teve capacitação para docência em ABP entre outros. (3) Conhecimento dos docentes sobre a base filosófica e pedagógica da ABP, baseado na literatura atual, e no Projeto Político-Pedagógico do curso de medicina da UEPA.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade do Estado do Pará, Campus XII. Foram obedecidas às normas éticas definidas pela Declaração de Helsinque, Código de Nuremberg e Resolução 466/2012 CONEP. A execução da pesquisa só ocorreu após a devida aprovação pelo CEP sob o parecer de número 647.106 (registro no Sisnep de nº 30306314.2.0000.5168).

Resultados

Participaram da pesquisa 48 indivíduos, do total de 75 docentes, com idade média de 42,5 anos (variando de 29 a 63) e mediana de 46 anos. Destes, 36 (75%) eram médicos e 12 (25%) não médicos. A maioria dos profissionais foi graduada na Universidade Federal do Pará (20), na Universidade do Estado do Pará (6) e oriundos de outras instituições somaram 22.

Participaram da pesquisa professores de todos os períodos do curso, sendo que a maioria afirmou fazer parte do quadro de docentes do eixo “Internato”. Contudo, 08 docentes consideraram sua atuação em mais de um módulo do curso. Isso ocorre graças à sua inserção concomitante em eixos do ciclo “básico” e do “internato” durante suas atividades, devido à indissociável prática-teoria, que é imprescindível em metodologias ativas de aprendizagem (Gráfico 1).

Quanto à formação acadêmica, apenas 35% dos participantes declararam ter título de mestrado ou doutorado (Tabela 1). Já a grande maioria dos docentes (65%), apresentava somente alguma especialização.

Em relação aos vínculos profissionais e empregatícios dos docentes, representado no Gráfico 2, apenas 44% (21) têm vínculo efetivo com a instituição, o que traz a tona a instável realidade dos docentes do curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará em Santarém, por falta de maiores vínculos, incentivos e compromissos institucionais com o profissional.

Com relação ao número de empregos além da carreira docente, somente 8% (n=4) declararam estar em regime de dedicação exclusiva; os outros quase 92% relataram necessitar de mais empregos para melhor estabilidade financeira.

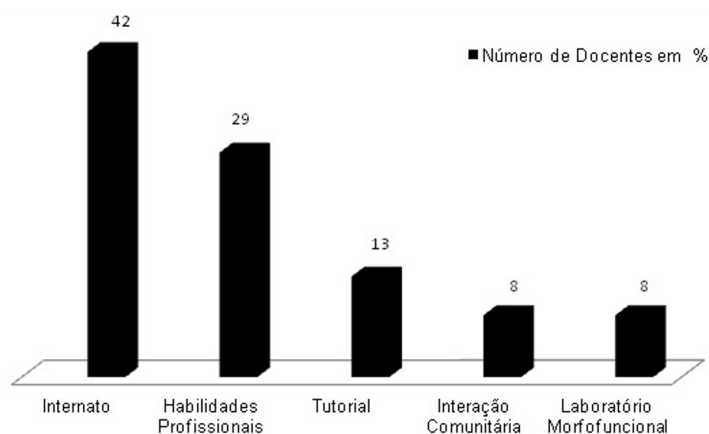


Gráfico 1. Módulo de atuação dos docentes do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará.

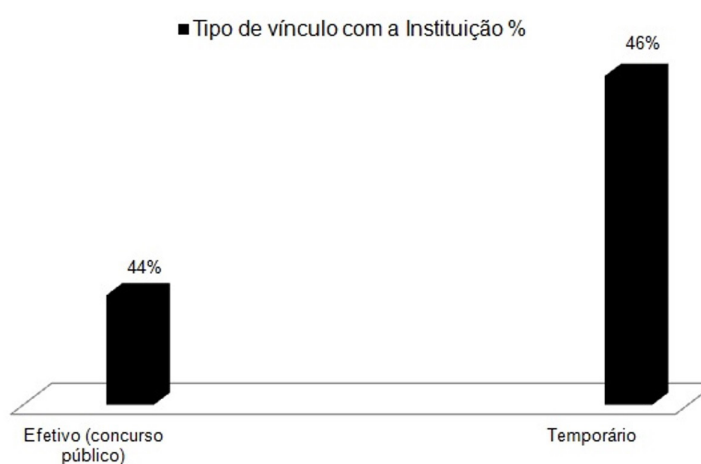


Gráfico 2. Tipo de vínculo empregatício entre o docente e a UEPA em porcentagem.

Tabela 1. Titulação acadêmica dos docentes da Universidade do Estado do Pará-UEPA.

	Titulação Acadêmica	
	Nº	%
Especialização	31	65
Mestrado	14	29
Doutorado	3	6
Total	48	100

Na Tabela 2, evidencia-se que 29% dos docentes cursaram alguma pós-graduação voltada para educação, contudo, essa porcentagem ainda é pequena, posto que 14 professores não tiveram qualquer treinamento voltado para sua função dentro da instituição. Outro dado preocupante, é que a maioria dos professores do curso de medicina não teve capacitação para atuar em metodologias ativas de aprendizagem e nem vivenciaram como discente essa metodologia, representando, respectivamente, 60% e 62,5% dos docentes da UEPA.

Em relação ao conhecimento dos docentes sobre diversas variáveis que englobam o ensino médico (Tabela 3), como as DCN, o plano político pedagógico do curso de medicina (PPP), ementa do módulo de sua atuação e o conhecimento sobre a metodologia - ABP, a maioria dos docentes afirmou conhecer ou conhecer parcialmente. Contudo, vale ressaltar, que um expressivo número de professores

Tabela 2. Número e porcentagem de docentes que cursaram pós-graduação em educação e “vivência” em metodologias ativas de aprendizagem.

Categoria	Cursou pós-graduação voltada à educação		Recebeu capacitação para atuar em metodologias ativas de aprendizagem		Já foi discente em metodologias ativas de aprendizagem	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	14	29	19	39,5	18	37,5
Não	34	71	29	60,5	30	62,5
Total	48	100	48	100	48	100

Tabela 3. Porcentagem do grau de conhecimento dos docentes sobre variáveis do ensino.

Categorias	Sim %	Parcialmente %	Não %
Conhece as DCN de Medicina	21	66,5	12,5
Conhece o PPP	46	39,5	14,5
Conhece a ementa do seu módulo	51,5	40	8,5
Conhece bem a ABP	25	44	31

(31%), desconhecem a metodologia - Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) - que fundamenta o curso de medicina na Universidade do Estado do Pará (campus Santarém).

Discussão

Neste estudo, os professores foram questionados a respeito de suas habilidades em diversos aspectos da docência, não apenas quanto a capacidade individual de lecionar, mais além: quanto ao poder de se adequar as perspectivas de um método ainda novo na realidade da Universidade do Estado do Pará, um método que se sustenta na busca ativa por conhecimento, mas que tem como um de seus pilares a figura do tutor, aquele que fomenta a busca pelo conhecimento, orienta como fazê-lo e também avalia².

Dentre os aspectos pesquisados, encontra-se a universidade na qual o docente realizou sua graduação e o contato prévio com metodologias em outras universidades, tanto na qualidade de discente como de docente. Os resultados evidenciam que a maioria dos mentores teve sua iniciação e seu primeiro contato com a ciência médica por meio do método tradicional, bem como suas primeiras experiências como professores nesse mesmo método e, ao longo de vários anos, lecionaram tendo essa metodologia como base.

Esse fato, revela o distanciamento dos professores de medicina em relação as novas abordagens do ensino médico, sendo esse, recorrentemente, o principal obstáculo à atualização pedagógica no curso. Feuerwerker em sua obra intitulada “Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados”: relata que a prática docente em medicina tem se mostrado resistente a modificações, visto que os professores continuam a ensinar como sabem - saber este, muitas vezes provindo da imitação prática dos mais experientes - e resistem a novas metodologias de ensino-aprendizagem⁵.

As escolas médicas apresentam, em geral, organizações tradicionais, embasadas em grupos de poder hierarquizados, departamentos desarticulados, os quais terminam por promover um aprendizado em que mestres (sabedores) orientam

discípulos (receptores de informação) em rituais de poder e hierarquia, relações que se reproduzem e se perpetuam na atenção à saúde^{6,7}.

Diante dessa perspectiva, as iniciativas sugeridas pelas DCN e Promed acabam - de certa maneira - "confrontando" essas práticas, na medida em que incentivam as atividades de ensino que capacitem os novos médicos, desde os períodos mais tenros, a exercerem a medicina de modo autônomo ao longo da vida. Discordando assim, da tradicional e estabelecida ideia, de que o papel exclusivo do professor fundamenta-se em esclarecer sobre as funções profissionais e o modo como essas devem ser desempenhadas².

A mudança de enfoque, do ensino para a instrução de aprendizagem, exige do mentor todo um novo conjunto de competências de natureza pedagógica⁸. Ocorre uma transposição didática inicial: "dos saberes de referência para objetos de ensino" e posterior: "dos objetos de ensino para os objetos de aprendizagem". Há também uma atenção para este ensino superior "novo", onde se vive uma mudança de paradigma e em que o objetivo da universidade passou a ser mais o de produzir aprendizagem, deixando em segundo plano o "dar" instruções^{9,10}.

Identificou-se também, o predomínio de mentores dedicando-se a apenas um módulo, sendo esse ou "habilidades clínicas" ou "internato". Este resultado revela de modo prático, a tendência do ensino médico brasileiro em criar profissionais que atuem em apenas um departamento de modo isolado o qual, na maioria das vezes, torna-se hipervalorizado pelo profissional em detrimento das outras áreas de atuação. Margeando assim, a proposta global de ensino proposta nas metodologias ativas de aprendizagem, a qual propõe o direcionamento a uma prática médica completa e antes dessa: um saber pedagógico completo^{1,9}.

O professor necessita, portanto, do contato mais hibridizante com a academia, para que não perca a noção da universalidade do estudo além da sua área de atuação. O motivo desta discordância provém do modelo acadêmico admitido tradicionalmente na maioria das universidades brasileiras, a qual tende a valorizar em demasia, a produção acadêmica e formação científica do profissional, a despeito de sua destreza pedagógica, ignorando assim um dos pilares da universidade, o ensino.

A atribuição de pesos diferentes às duas principais funções do professor de ensino superior - investigar e ensinar - implica que o prestígio profissional dos docentes decorra, quase exclusivamente, da atividade de investigação e de produção científica e que a dedicação à investigação determine o acesso à estabilidade profissional, muitas vezes em detrimento da atividade docente¹⁰.

Quanto às titulações, a maioria dos professores (65%) revelaram ter apenas especialização em sua área de atuação médica, sem nunca ter tido contato continuado com disciplinas referentes a pedagogia universitária. Sendo o conhecimento dessa disciplina, adquirido ou em forma de cursos de pequena duração, ou sem mesmo nunca ter estudado formalmente nada referente a esse assunto.

Em estudo realizado na Universidade Federal de Goiás, sobre a qualificação em docência (ou falta dela) dos professores de medicina, foi observado os seguintes relatos: "Foi uma aquisição pela experiência, um autodidatismo"; "muita improvisação, nenhuma base teórica"; "fazia as coisas mais intuitivamente"; "nós não temos formação em docência, nossa formação é médica"; "Tinha a preparação médica, no entanto, não tinha nem uma preparação em docência"; "Fui equivocando-me e acertando"; "Gosto muito de ensinar, então penso que é por afinidade e experiência". Esses professores, de modo geral, são considerados bons profissionais em sua área específica de atuação e o critério de contratação baseia-se exatamente nesta prerrogativa, isto é, na qualidade de desempenho na área técnica de atuação¹¹.

Este estudo demonstrou ainda que menos da metade tem vínculo efetivo com a instituição e apenas 8% trabalham em regime de dedicação exclusiva, além de em sua maioria terem 2 ou 3 vínculos empregatícios além da atividade exercida na

universidade. Sendo a deficiência nos vínculos trabalhistas efetivos e a diversidade de modalidades de vínculos empregatícios – “horistas”, “substitutos”, a principal razão pelos quais a docência é, geralmente, considerada uma atividade secundária à profissão médica, e a carreira de docência não é vista como uma única profissão^{12,13}.

Outra dificuldade que merece destaque, são as variadas tarefas que o tutor desempenha no seu dia a dia, por estabelecer diversos vínculos empregatícios e ter que cumprir todas as atividades de uma agenda repleta de compromissos fora da academia¹⁴.

Nesta análise, vale notar ainda, que os poucos professores que chegaram a obter preparo pedagógico (menos de 40% dos pesquisados), em sua maioria obtiveram instruções insuficientes e de caráter instrumental e genérico, por vezes limitados à experiência e à intuição, calcado nos modelos vivenciados por eles na qualidade de aluno, em sua maioria nos modelos tradicionais¹⁵⁻¹⁷.

As barreiras mais frequentes na implantação de mudanças curriculares se referem à “falta de professores com a devida habilitação pedagógica, estruturas curriculares tradicionais e a ausência de espaços específicos para esse ensino”¹.

Em relação aos perfis de outras escolas, temos: um menor percentual de titulados mestres e doutores (35% para 47,9% na Universidade Estadual de Maringá-UEM e 25% na Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Na UEM, por exemplo, 52,2% dos professores não apresentam pós-graduação *stricto sensu*, enquanto na universidade pesquisada (UEPA) este percentual representa 65% do total de participantes; na UEM 31,9% finalizaram o mestrado e 15,9% o doutorado e 16,8% referiram cursos isolados de capacitação pedagógica, estes números na Universidade do Estado do Pará representam, respectivamente 29%, 6% e 39%^{18,19}.

Os números inferiores encontrados neste estudo em relação a outras universidades, devem-se provavelmente a ainda recente implantação do curso no campus do interior e aos ainda incipientes projetos de pós-graduação ofertados ao mesmo. Portanto, a tendência atual é que o número de pós-graduados e o nível de complexidade de suas respectivas pós-graduações sejam, gradativamente, elevados, à medida em que aumentem as vagas ofertadas ao interior^{18,19}.

Quanto ao conhecimento sobre as diretrizes curriculares nacionais em educação médica, o Projeto Político pedagógico do curso e a ementa do curso em que atuam, os resultados apresentaram que menos de 10% dos professores consultados tinham conhecimento da completude desses documentos e que menos da metade os conheciam parcialmente. Essa constatação se justifica por meio dos resultados anteriores, os quais registram diversos fatores complicadores, como a falta de compromisso de parte dos docentes, as dificuldades destes em se adequarem aos novos moldes pedagógicos, à dedicação parcial à escola, à adoção de uma postura de indiferença²⁰.

Quanto ao PPP, destacando a sua função integradora, no sentido de que aproxima fundamentos práticos; atualizadora, no sentido de que constitui objeto de reavaliações desses fundamentos e práticas; e estruturante, no sentido de que articula e consolida a constituição e perspectivas acadêmicas dos cursos. Partindo da premissa do autor, portanto, a falta do conhecimento do PPP desfavorece a consciência do sentido do curso, fadando suas propostas, objetivos e conceitos fundamentais ao esquecimento²¹.

Conclusão

As constatações desse estudo demonstram e reafirmam os passos lentos por meio dos quais o saber pedagógico universitário e as metodologias de ensino médico, destacadamente as metodologias ativas, caminham rumo as atualizações e mudanças efetivas que permitam a adequação às DCN.



Espera-se que as necessidades constatadas sirvam de base para elaboração de ferramentas que visem incrementar e modificar a realidade educacional vigente nos cursos de medicina em geral. Sugere-se assim, que a academia desenvolva novas abordagens para instigar nos professores a aquisição de novas competências e de novos conhecimentos e que, estudos como este, sirvam de oportunidades para eles refletirem criticamente sobre as suas práticas e para adaptarem, aos seus contextos, novos conhecimentos e novas formas de trabalho. Pois é evidente que a formação médica é um processo de apropriação individual que se faz numa permanente interação, e o tutor é parte indissociável desse processo.

Ademais, é válido propor que seja despendido maior tempo e atenção aos conteúdos essenciais do curso de Medicina, que estes sejam instituídos a partir da análise do processo saúde-doença individual, porém sem esquecer a realidade epidemiológica do país, e que estas modificações impliquem na integração docente-assistencial. Reforçando deste modo, o compromisso da universidade com a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao formar novos médicos atuantes em todos os níveis do sistema.

Por fim, destaca-se a necessidade de uma maior atenção as mudanças relacionadas as condições de trabalho do professor, para que esta carreira torne-se mais atraente. Devem-se criar incentivos, em termos de progressão na carreira, recompensas profissionais, projetos de aprimoramento em educação médica, especializações e bolsas de mestrado e doutorado vinculadas à instituição de ensino. Pois torna-se óbvio, que somente com a valorização do professor, o sistema poderá vislumbrar sair do contexto atual de crise e insatisfação generalizada tanto com a academia quanto com a prática médica em geral.

Referências

1. Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Rev Bras Educ Med.* 2007;31(1):21-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000100004>.
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. *Diário Oficial da União.* Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38.
3. Garcia MAA, Silva ALB. Um perfil do docente de medicina e sua participação na reestruturação curricular. *Rev Bras Educ Med.* 2011;1(35):58-68. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000100009>.
4. Allen DE, Donham RS, Bernhardt SA. Problem-based Learning. *New Directions for Teaching and Learning* [Internet]. 2011 [citado em 2014 jun. 5]. no. 128. Disponível em: <http://wileyonlinelibrary.com>
5. Feuerwerker L. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. Rio de Janeiro: ABEM; 2002.
6. Batista NA. A formação do professor de medicina: desafios e perspectivas. São Paulo: Sarvier; 1998.
7. Rodríguez CA, Poli Neto P, Behrens MA. Paradigmas educacionais e a formação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2004;28(3):234-41.
8. Cachapuz A, Praia J, Jorge M. O caso do docente médico. Porto: Ciência & Educação; 2004.
9. Cross KP. Leading-edge efforts to improve teaching and learning. *The Magazine of Higher Learning.* 2001;33(4):30-7.
10. Dill DD. (2003). An institutional perspective on higher education policy: the case of academic quality assurance. In: Smart JC, editor. *Higher education: handbook of theory and research* (pp. 669-700). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. http://dx.doi.org/10.1007/978-94-010-0137-3_12.
11. Costa NMSC. La formación pedagógica de profesores de medicina. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2010;18(1):1-7.
12. Bireau A. Os métodos pedagógicos no ensino superior. Porto: Porto Editora; 1995.
13. Mclean M. Rewarding teaching excellence. Can we measure teaching "excellence"? Who should be the judge? *Med Teach.* 2001;23(1):6-11. <http://dx.doi.org/10.1080/01421590123039>.
14. Bellodi PL, Cardillo GZ. O aluno da FMUSP e seus colegas [Internet]. 2015 [citado em 2015 Jun 9]. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/cedem/pegedu/perfil20005.php>
15. Lampert JB. Avaliação do processo de mudança na educação médica. São Paulo: Hucitec; 2004.
16. Batista NA, Silva SHS. O professor de medicina: conhecimento, experiência e formação. São Paulo: Loyola; 1998.
17. Abreu IP No, Lima OS Fo, Silva LEC, Costa NMSC. Percepção dos professores sobre o Novo Currículo de Graduação da Faculdade de Medicina da UFG, implantado em 2003. *Rev Bras Educ Med.* 2006;30(3):154-60.
18. Moré NC, Gordan PA. A percepção dos professores do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá sobre suas dificuldades e necessidades educacionais para o desenvolvimento do ensino médico. *Rev Bras Educ Med.* 2004;28(3):215-22.



19. Souza OC Fo, Naujorks MI. O professor de Medicina da UFSM no contexto do mal-estar docente. *Rev Bras Educ Med.* 2005;29(1):34-41.
20. Marcondes E, Gonçalves EL. Educação médica. São Paulo: Sarvier; 1998.
21. Pinto LAM, Rangel M. Projeto político-pedagógico da escola médica. *Rev Bras Educ Med.* 2004;28(3):251-58.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram do planejamento e execução do trabalho.

Força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico e a função sexual feminina

Strength and muscle of motor coordination of pelvic floor and female sexual function

Nina Morena Teixeira de Luccas Batista^{1,2}, Amanda Nascimento de Oliveira^{2,3}, Erica Feio Carneiro Nunes⁴, Gustavo Fernando Sutter Latorre⁵

¹ Universidade Positivo, Curitiba (PR), Brasil.

² Faculdade Inspirar, São Paulo (SP), Brasil.

³ Universidade de Santo Amaro, São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Universidade do Estado do Pará, Belém (PA), Brasil.

⁵ Portal Perineo.net, Florianópolis (SC), Brasil.

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial de Saúde estipula que a sexualidade é um aspecto central do ser humano e a literatura aponta a grande participação da musculatura do assoalho pélvico (MAP) na função sexual. **Objetivo:** analisar a influência da força sobre a função sexual feminina. **Método:** foram avaliadas vinte e seis mulheres de 18 a 35 anos, com vida sexual ativa. As variáveis analisadas foram: força da MAP, desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo, dor na relação e satisfação na vida sexual. A função sexual feminina foi avaliada pelo questionário FSFI - The Female Sexual Function Index e a força muscular por meio do perineômetro Perina e do toque bidigital, segundo a escala de Oxford modificada. Os dados foram analisados por meio do Software estatístico SPSS, versão 20. Estatística descritiva foi aplicada para as prevalências de disfunção sexual na amostra, e a associação entre esta disfunção e a força muscular da MAP foi investigada pelo Coeficiente de Spearman. **Resultados:** dentre as mulheres que apresentavam algum tipo de disfunção sexual, nenhuma possuía força da MAP igual ou superior ao grau 4 na escala de Oxford, sugerindo relação entre disfunção sexual e músculo fraco. Apesar de alguns dados tenderem à associação, não foi encontrada significância estatística. **Conclusão:** os achados do presente estudo permitem concluir que parece haver correlação entre força muscular do assoalho pélvico e função sexual feminina na amostra estudada, sendo necessários estudos maiores.

PALAVRAS-CHAVE: Assoalho pélvico. Força muscular. Função sexual feminina. Fisioterapia pélvica.

ABSTRACT

Background: The World Health Organization states sexuality is a central aspect of health itself. The literature points the importance of pelvic floor muscle function on female sexual function, but the subject still almost unknown. **Aims:** To analyze the influence of strength and coordination of pelvic floor muscles on female sexual function. **Method:** Twenty-six women 18 to 35 years old, sexually active, were assessed. Variables were pelvic floor muscle strength, evaluated by the Oxford scale and perineometer, and sexual function, evaluated by the FSFI on the domains sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, pain and satisfaction. Data were analyzed descriptive statistics were applied to the prevalence of sexual dysfunction, and association between this and pelvic floor muscle strength was investigated by the coefficient Spearman. **Results:** Women who had some kind of sexual dysfunction had all PFM power degree 3 or less in the Oxford scale, suggesting a relationship between sexual dysfunction and weak muscle. Although some data tended to the association, no statistical significance was found. The findings of this study indicate that probably there is a correlation between muscle strength and pelvic floor female sexual function, which needs larger studies.

KEYWORDS: Pelvic floor. Muscle strength. Female sexual function. Pelvic physiotherapy.

Recebido: Dez. 27, 2016
Aceito: Jun. 29, 2017

COMO CITAR ESTE ARTIGO

Batista NMTL, Oliveira AN, Nunes EFC, Latorre GFS. Força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico e a função sexual feminina. Interdisciplinary Journal of Health Education. 2017 Jan-Jul;2(1):10-15. <https://dx.doi.org/10.4322/ijhe.2016.013>

CORRESPONDÊNCIA

Gustavo Fernando Sutter Latorre
Portal Perineo.net
Rua Silva Jardim, 307, Centro,
Florianópolis (SC), Brasil
Tel.: (48) 9992-8299
gustavo@perineo.net

FONTE DE FINANCIAMENTO

Nenhuma.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

O estudo foi realizado na Faculdade Inspirar, São Paulo (SP), Brasil.

Todos os autores leram e aprovam a versão final submetida ao Interdisciplinary Journal of Health Education (IJHE).

Introdução

A Organização Mundial de Saúde define que a sexualidade é um aspecto central do ser humano, vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. É influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais¹.

Abdo et al.² realizaram um estudo no Brasil com 1219 mulheres e revelaram que 49% tinham pelo menos uma disfunção sexual, sendo 26,7% falta de desejo, 23,1% dor durante a relação sexual e 21% disfunção do orgasmo². Thiel et al.³ afirmam que a disfunção sexual feminina afeta de 30 a 50% das mulheres americanas³. Pesquisas realizadas pelo instituto Kaplan, Centro de Estudos da Sexualidade Humana de São Paulo, relatam que a cada 100 mulheres que procuram tratamento, 70 apresentam queixas de anorgasmia⁴.

A literatura aponta a importância da musculatura do assoalho pélvico (MAP) na função sexual feminina, por exemplo, através do mecanismo de ereção: os músculos isquiocavernoso e bulbocavernoso se inserem no arco púbico e no clitóris de modo que, ao se contraírem na atividade sexual, puxam o clitóris para baixo, comprimindo sua drenagem venosa, facilitando a ereção⁵. Polden e Mantle⁶ sugerem que se a MAP em geral estiver sadia, estará mais volumosa, sendo capaz de suportar as paredes da vagina, aumentando a satisfação na relação sexual para ambos os parceiros⁶.

A saúde do assoalho pélvico está relacionada à consciência, à força e à resistência da MAP, de forma que essa estrutura consiga desempenhar suas funções biológicas e sexuais com êxito. Portanto, o grau de força muscular contribui sobremaneira para a satisfação sexual⁷.

Se a força da MAP está relacionada à melhor função sexual feminina, seria esperado que a fraqueza desta musculatura estivesse associada à disfunção sexual. No entanto, esta extrapolação a priori necessita maior investigação. Sendo assim, este estudo teve como objetivo analisar a influência da força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico sobre a função sexual feminina.

Métodos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Inspirar sob o número de parecer 450.048 e classificou-se como um estudo transversal. Foram incluídas, por conveniência, 26 mulheres com idade entre 18 a 35 anos, com vida sexual ativa, que não apresentassem quadro de vaginismo, infecção urinária ou outro que impedisse avaliação intravaginal.

Após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a participante foi levada para uma sala privativa, onde respondeu ao questionário The Female Sexual Function Index – FSFI⁸, o índice de função sexual feminina mais utilizado mundialmente, totalmente anônimo, auto-aplicado, referente às últimas quatro semanas. Para responder às perguntas ela deveria assinalar com um “X” apenas uma resposta.

Na sequência, foi avaliada a força muscular do assoalho pélvico, por apenas uma pesquisadora, utilizando a Escala de Oxford⁹ e um manômetro vaginal, cujos valores, para fins deste artigo, significaram contração muscular máxima da MAP. Iniciando-se pela Escala de Oxford Modificada, estando a participante em posição litotômica, foram solicitadas três contrações da MAP com força máxima, como se estivesse retendo a urina, fezes e flatos, mantendo por dois segundos e com intervalo de 4 segundos entre cada contração. O maior valor foi registrado, conforme a Escala. Em seguida o manômetro Perina/QUARK® também foi utilizado para avaliar a força muscular, estando a participante na posição descrita anteriormente. Após insuflar a sonda e aguardar alguns segundos para adaptação ao equipamento, a pesquisadora solicitou

as contrações perineais do mesmo modo ao realizado para a Escala de Oxford. Foram registrados os valores máximos, em cm/H₂O, das contrações efetuadas.

Ao final da avaliação as voluntárias receberam um folder elaborado pela pesquisadora, contendo informações sobre o que é assoalho pélvico, a importância dele na função sexual feminina, e como fortalecê-lo.

Os dados foram armazenados em tabelas e transferidos para o Software estatístico SPSS, versão 20. Foram consideradas portadoras de disfunção sexual feminina as voluntárias cujos escores totais do FSFI estiveram iguais ou abaixo de 26,55, bem como dos escores de corte específicos para disfunção em cada domínio do instrumento¹⁰. Estatística descritiva foi aplicada para as prevalências de disfunção sexual na amostra, e a associação entre esta disfunção e a força muscular do assoalho pélvico foi investigada com auxílio do Coeficiente de Spearman.

Resultados

Dentre as voluntárias, 23,1% apresentaram escores totais do FSFI compatíveis com disfunção sexual (DS) em geral. Em relação a cada domínio, 19,2% das mulheres apresentaram escore compatível com disfunção do desejo sexual, 3,8% compatível com disfunção de excitação, 73,1% com disfunção de lubrificação, 46,2% disfunção do orgasmo, 15,4% disfunção de satisfação, 42,3% com dor. Não houve relação entre idade e disfunção sexual.

A Tabela 1 apresenta a relação entre a força da MAP, quando avaliada pela Escala de Oxford, em função da disfunção sexual. Observa-se que, das voluntárias com escores preditivos de disfunção, nenhuma possuía força da MAP igual ou superior ao grau 4 pela escala de Oxford, apresentando, portanto, graus considerados fracos. No entanto os dados não alcançaram significância estatística ($p=0,3$). Das mulheres sem DS, apenas 13 delas (65%) apresentaram graus fracos (1 a 3) de força.

Quanto às médias pressóricas no manômetro, das 20 mulheres sem DS, a maioria (61%) teve graus pressóricos superiores a 21 cm/H₂O, enquanto apenas 4 (15,3%) apresentaram graus inferiores a 11 cm/H₂O. Para o grupo de mulheres com DS, três (50%) apresentaram graus iguais ou inferiores a 11 cm/H₂O, e 50% apresentaram graus iguais ou superiores a 31 cm/H₂O. Não houve, portanto, correlação entre pressão e DS (Tabela 2).

Todas as mulheres consideradas com graus fortes (4 ou 5) pela escala Oxford, apresentaram pressões superiores à 31 cm/H₂O pelo perineômetro. No entanto, das mulheres com graus considerados fracos (1 a 3), 5 (26,3%) foram capazes de efetuar pressões acima de 31 cm/H₂O, 7 (36,8%) efetuaram pressões entre 21 e 31 cm/H₂O, 6 (31,5%) pressões entre 11 e 20 cm/H₂O, e apenas uma (5,2%) pressões iguais ou abaixo de 10 cm/H₂O. O manômetro apresentou suficiente sensibilidade para identificar os graus fortes de contração da Escala Oxford, mas não para os mais fracos (Tabela 3).

Mulheres com disfunção no domínio dor apresentaram pressões menores (0-20 cm/H₂O) contra mulheres sem disfunção, cujas pressões da quase totalidade foram superiores a 21 cm/H₂O ($p=0,01$) (Tabela 4). Houve ainda uma tendência

Tabela 1. Correlação entre disfunção sexual e força da MAP pela Escala de Oxford.

	FORÇA PELA ESCALA DE OXFORD		Total
	Fraco	Forte	
Normal	13	7	20
DS	6	0	6

Fraco: 1 a 3; Forte: 4 e 5; DS = Disfunção sexual.

Tabela 2. Correlação entre disfunção sexual e força da MAP pelo manômetro.

	GRAUS PRESSÓRICOS				Total
	1	2	3	4	
Normal	1	3	7	9	20
DS	0	3	0	3	6

Força muscular do assoalho pélvico a partir da pressão intravaginal aferida por manômetro. DS = Disfunção sexual. Graus pressóricos estratificados: 1 = 0 a 10 cm/H₂O; 2 = 11 a 20 cm/H₂O; 3 = 21 a 30 cm/H₂O; 4 = 31 cm/H₂O ou mais.

Tabela 3. Correlação entre pressão da MAP exercida no manômetro e força da MAP pela escala de Oxford.

	GRAUS PRESSÓRICOS				Total
	1	2	3	4	
Fraco	1	6	7	5	19
Forte	0	0	0	7	7

Fraco: 1 a 3; Forte: 4 e 5. Graus pressóricos estratificados: 1 = 0 a 10 cm/H₂O; 2 = 11 a 20 cm/H₂O; 3 = 21 a 30 cm/H₂O; 4 = 31 cm/H₂O ou mais.

Tabela 4. Correlação entre pressão da MAP exercida no manômetro e disfunção no domínio dor.

	GRAUS PRESSÓRICOS				Total
	1	2	3	4	
Dor ausente	1	0	5	9	15
Dor presente	0	6	2	3	11

Graus pressóricos estratificados: 1 = 0 a 10 cm/H₂O; 2 = 11 a 20 cm/H₂O; 3 = 21 a 30 cm/H₂O; 4 = 31 cm/H₂O ou mais.

na associação entre a disfunção no domínio excitação e graus pressóricos menores (<20 cm/H₂O), no entanto esta associação não alcançou significância estatística, considerando que apenas uma das 26 mulheres esteve afetada neste domínio. Para os outros domínios não foi verificada associação entre os graus de pressão desenvolvidos e a disfunção do respectivo domínio.

Discussão

No presente estudo as mulheres que obtiveram escore compatível com disfunção sexual pelo FSFI não apresentaram grau igual ou superior a 4 na escala de Oxford modificada, sugerindo que mulheres com menor força tem mais risco de DS, o que está de acordo com o estudo de Martinez et al.¹¹, ao avaliarem função sexual e força muscular do assoalho pélvico de 40 mulheres, utilizando o FSFI, escala de Ortiz e perineometria. O estudo mostrou que mulheres com músculos fortes pontuaram mais nos domínios de desejo, excitação, orgasmo e escore geral do questionário. Também houve correlação entre a pressão muscular do assoalho pélvico e satisfação sexual, então os autores concluíram que mulheres com MAP mais forte têm melhor função sexual¹¹.

Uma pesquisa realizada em 2010 encontrou correlação entre orgasmo e excitação com uma melhor função da MAP¹². Moura e Costa⁴ constataram que mulheres que alcançavam o orgasmo possuíam grau de força muscular do assoalho pélvico significativamente maior que aquelas com anorgasmia. Estes autores afirmam que

exercícios de fortalecimento da MAP melhoram diretamente o desempenho sexual da mulher, numa intensidade variável de acordo com cada caso⁴.

A fisioterapia dispõe de várias técnicas de fortalecimento dessa musculatura, porém, para que ocorra o treinamento específico da MAP é necessário garantir sua correta contração. Seria pouco eficaz a realização de qualquer série de exercícios onde o movimento realizado não estivesse correto¹³, daí a importância do treino de coordenação motora.

Apesar de haver uma tendência à associação, os resultados do presente estudo não mostram correlação estatisticamente significativa entre força muscular e função sexual. Esta situação poderia ser explicada pelo reduzido número de voluntárias, no entanto esta interpretação necessita cautela, pois dados similares foram descritos recentemente por Fashokun et al.¹⁴, com 505 mulheres. Os autores revelaram que os indicadores de atividade e função sexual não são distintos entre mulheres com e sem disfunção do assoalho pélvico¹⁴.

Baytur et al.¹⁵ também não encontraram correlação significativa entre força da MAP e função sexual. Eles avaliaram o tipo de parto e a força dos músculos do assoalho pélvico na função sexual de 32 mulheres que realizaram parto vaginal, 21 mulheres que se submeteram à cesariana e 15 nulíparas como controle. Os autores constataram que a força muscular do assoalho pélvico foi significativamente menor no grupo de parto normal em comparação com o grupo da cesariana e o grupo nulíparas, porém não houve diferença entre os grupos em relação à função sexual e também não houve correlação entre a função sexual e força muscular pélvica. Então concluíram que a força muscular do assoalho pélvico e o tipo de parto não afetou a função sexual em nenhuma das participantes do estudo¹⁵.

Apesar de não haver clareza na relação da força muscular do assoalho pélvico com a função sexual feminina, é importante ressaltar que não é este o único parâmetro importante desta função, nem o único capaz de ser influenciado por fisioterapia. Mendonça e Amaral¹⁶ destacam em sua revisão o importante papel da fisioterapia no incentivo ao diálogo entre o casal, carícias, jogos sexuais, fantasias e alívio da dor muscular, além do fortalecimento, mostrando que uma boa função sexual não é feita somente de um músculo forte, mas de toda uma gama de variáveis inter-relacionadas¹⁶.

Por este motivo, a sexualidade não pode ser tratada como um aspecto isolado, pois é um processo amplo e complexo que não se limita aos órgãos sexuais ou ao ato sexual¹⁷. A informação sexual pode ser influenciada por diversos fatores biológicos como: fadiga, depressão, medicações, atividade reduzida dos hormônios sexuais. Ou ainda por fatores psicológicos tais como: distrações da vida diária, receio de gravidez não desejada, doenças sexualmente transmissíveis, infertilidade comprovada, experiências sexuais negativas, inexperiência ou sentimentos de vergonha¹⁸.

De acordo com o modelo linear, tradicional, de resposta sexual, proposto na década de 1970 por Masters, Johnson e Kaplan, a primeira fase seria a do desejo, seguida pela excitação, orgasmo e resolução. Porém, modernamente, no modelo circular, proposto por Basson e colaboradores, a resposta sexual feminina consiste em fases sobrepostas de ordem variável. Ou seja, o desejo sexual pode não estar presente inicialmente, a satisfação sexual pode ocorrer sem orgasmos, estes podem ser experimentados antes da excitação máxima e mais orgasmos podem ocorrer no pico de excitação¹⁸. Já a disfunção sexual feminina é definida como qualquer desarranjo relacionado ao desejo sexual, excitabilidade, orgasmo e/ ou dor sexual¹⁶, que cause sofrimento pessoal¹⁸.

A musculatura do assoalho pélvico, localizada entre o púbis e o cóccix, e formada por músculos estriados esqueléticos¹⁹, exerce diversas funções importantes no organismo feminino como suporte aos órgãos pélvicos, manutenção da pressão responsável pelo fechamento de esfíncteres uretral e anal, e função sexual²⁰. São os músculos perivaginais e perineais do terço externo da vagina que contraem-se reflexa e ritmicamente para compor a plataforma orgásmica²¹.

Por fim, podemos entender que a MAP, apesar de representar grande participação na função sexual feminina, não é a única responsável pelo ciclo e, por este motivo,



mulheres que apresentam disfunções do assoalho pélvico, como fraqueza muscular, prolapso, incontinência urinária, poderiam ter sua função sexual compensada por outros fatores. Sendo assim, uma função sexual prejudicada não implicaria em assoalho pélvico prejudicado e vice-versa.

Conclusão

Não houve correlação direta entre força muscular do assoalho pélvico e função sexual feminina na amostra estudada, embora a tendência entre graus maiores de força e maior função tenha sido observada. Apesar de alguns dados tenderem à associação, não foi encontrada significância estatística. Sugere-se a realização de novos estudos, envolvendo um número maior de participantes e controlando outras variáveis da função sexual feminina.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Defining sexual health [Internet]. 2013 [citado em 2013 Ago 23]. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/index.html.
2. Abdo CHN, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women-results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res*. 2004;16(2):160-6. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijir.3901198>. PMID:14961047.
3. Thiel R, Thiel M, Palma P. Urologia feminina e medicina sexual: o que os médicos precisam saber. *Prática Hospitalar*. 2008;10(56):37-9.
4. Moura RVA, Costa TPB. Avaliação do grau de força do assoalho pélvico em mulheres que apresentam anorgasmia secundária [monografia]. Belém: UNAMA; 2006 [acesso em 2013 Abr 18]. Disponível em: <http://www.unama.br/novoportal/ensino/graduacao/cursos/fisioterapia/attachments/article/136/avaliacao-do-grau-de-forca-do-assoalho-pelvico.pdf>
5. Silva APS, Silva JS. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino, sob uma visão anatômica. *Fisioter Bras*. 2003;4(3):205-11.
6. Polden M, Mantle J. Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia. 2ª ed. São Paulo (SP): Livraria Santos Editora; 2000.
7. Ribeiro ATA, Ankie C. A relação do grau de força muscular do assoalho pélvico com a satisfação sexual feminina. *Revista Latinoamericana de Medicina Sexual – ReLAMS*. 2012;1(1):14-22.
8. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191-208. <http://dx.doi.org/10.1080/009262300278597>. PMID:10782451.
9. Gouveia PF, Ambrogini CC, Haiddar MA, Silva I. Métodos de avaliação do assoalho pélvico. *RBM*. 2012;70(6):232-8.
10. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(1):1-20. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230590475206>. PMID:15841702.
11. Martinez CS, Ferreira FV, Castro AA, Gomide LB. Women with greater pelvic floor muscle strength have better sexual function. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014;93(5):497-502. <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.12379>. PMID:24628380.
12. Lowenstein L, Gruenwald I, Gartman I, Vardi Y. Can stronger pelvic muscle floor improve sexual function? *Int Urogynecol J*. 2010;21(5):553-6. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-009-1077-5>. PMID:20087572.
13. Costa TF, Resende APM, Seleme MR, Stupp L, Castro RA, Berghmans B, Sartori MGF. Ginástica hipopressiva como recurso proprioceptivo para os músculos do assoalho pélvico de mulheres incontinentes. *Fisioter Bras*. 2011;12(5):365-9.
14. Fashokun TBO, Harvie HS, Schimpf MO, et al. Sexual activity and function in women with and without pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J*. 2013;24(1):91-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-012-1848-2>. PMID:22744621.
15. Baytur YB, Deveci A, Uyar Y, Ozcaker HT, Kizilkaya S, Caglar H. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005;88(3):276-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2004.12.019>. PMID:15733881.
16. Mendonça CR, Amaral WN. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas – Revisão de Literatura. *Femina*. 2011;39(3):139-42.
17. Medeiros MW, Braz MM, Brongholi K. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina. *Fisioter bras*. 2004;5(3):188-93.
18. Abdo CHN. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento. *Diagn Tratamento*. 2010;15(2):88-90.
19. Henscher U. Fisioterapia em ginecologia. São Paulo: Editora Santos; 2007. Cap. 5; p. 83-125.
20. Grosse D, Sengler J. Reeducação perineal. Barueri: Manole; 2002.
21. Antonioli RS, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Rev Neurocienc*. 2010;18(2):267-74.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram do planejamento e execução do trabalho.

Concepções sobre espiritualidade: programas de provimento de médicos no Cariri Cearense

Perceptions of spirituality among physicians from Cariri region of Ceará, Brazil

Arthur Fernandes da Silva¹, Aline Quental Brasil¹, Ana Carolina Duarte de Oliveira¹, Juliana Fontes Freire¹, José Maurício Pereira Lopes¹, Suziy de Matos Bandeira², Sandra Barreto Fernandes da Silva¹

¹ Universidade Federal do Cariri, Barbalha (CE), Brasil.

² Centro Universitário Leão Sampaio, Juazeiro do Norte (CE), Brasil.

RESUMO

Pesquisas que investigam a relação entre saúde e espiritualidade têm crescido de forma expressiva nos últimos anos. No domínio da Atenção Primária à Saúde e Medicina de Família e Comunidade, especificamente, existe uma carência de estudos no Brasil e no mundo. O conhecimento aprofundado sobre o entendimento do profissional que atua na APS sobre espiritualidade e saúde, bem como suas estratégias para abordagem do tema junto à pessoa e comunidade, pode catalisar a formulação de políticas públicas de saúde de nível nacional. *Objetivo:* Este estudo conhecer as concepções de Espiritualidade de médicos vinculados ao PROVAB e PMMB na região do Cariri cearense. *Métodos:* Adotada técnica de estudo analítico, observacional, transversal, com aplicação de questionário semi-estruturado autoaplicável. *Resultados:* A maior parte dos entrevistados crê em uma influência positiva da espiritualidade na saúde da pessoa, porém elenca fatores como falta de tempo e de treinamento para justificar a diminuta abordagem em sua prática clínica. *Conclusões:* Reformulação curricular para a inclusão do estudo da espiritualidade durante a graduação e estruturação de políticas de educação continuada para os profissionais de saúde que incluam tal temática são dois grandes eixos que merecem investimento para fortalecer a educação e atenção integral à saúde da pessoa.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritualidade. Educação médica. Atenção Primária à Saúde. Educação em saúde. Saúde integral.

ABSTRACT

Studies on the relationship between health and spirituality have grown significantly in recent years. In the field of Primary Care and Family Practice specifically, there is a lack of studies in Brazil and in the world. The in-depth knowledge about APS practitioners' understanding of spirituality and health, as well as their strategies for approaching the subject with the person and community, can catalyze the formulation of public health policies at a national level. *Objective:* This study aims to know the concepts of Spirituality of physicians associated to PROVAB and PMMB in the Cariri region of Ceará. *Methods:* This is an analytical, observational, cross - sectional study that used semi-structured self-administered questionnaire validated in Brazil. *Results:* Most of the interviewees believe in a positive influence of spirituality on the person's health, however, it points out factors such as lack of time and training to justify the small approach in their clinical practice. *Conclusion:* Curricular reform for the inclusion of the study of spirituality during graduation and structuring of policies of continuing education for health professionals that includes such theme are two major axes that merit investment to strengthen education and person integral healthcare.

KEYWORDS: Spirituality. Medical education. Primary Care. Health education. Holistic health.

Recebido: Fev. 07, 2017
Aceito: Ago. 02, 2017

COMO CITAR ESTE ARTIGO

Silva AF, Brasil AQ, Oliveira ACD, et al. Concepções sobre espiritualidade: programas de provimento de médicos no Cariri cearense. Interdisciplinary Journal of Health Education. 2017 Jan-Jul;2(1):16-24. <https://doi.org/10.4322/ijhe.2016.014>.

CORRESPONDÊNCIA

Arthur Fernandes da Silva
Universidade Federal do Cariri
Rua Divino Salvador, 284, Rosário,
CEP 63180-000, Barbalha (CE), Brasil.
tucafsilva@gmail.com

FONTE DE FINANCIAMENTO

Pró-Reitoria de Extensão da
Universidade Federal do Cariri.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não
haver conflitos de interesse.

O estudo foi realizado na Faculdade
de Medicina, Universidade Federal
do Cariri, Barbalha (CE), Brasil.

Todos os autores leram e aprovam
a versão final submetida ao
Interdisciplinary Journal of
Health Education (IJHE).

Introdução

A construção das delicadas relações do processo saúde-doença-adoecimento é influenciada por inúmeros fatores biopsicossociais, bem como históricos, econômicos e culturais. Crenças, práticas e experiências espirituais têm sido relatadas como componentes prevalentes e influentes em tal processo, presentes em várias sociedades¹.

A crise existencial trazida pela doença pode levar a pessoa e seu grupo social a importantes questionamentos sobre suas vidas. São questionamentos intensamente impregnados de emoção, em que componentes inconscientes da subjetividade participam em grande monta e podem resultar em amplas transformações positivas ou em grandes catástrofes pessoais e familiares². Portanto, estes elementos precisam encontrar espaço de debate no conceito ampliado de saúde defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Neste ínterim, uma resolução publicada na Emenda da Constituição de 7 de abril de 1999 da OMS, propôs incluir o âmbito espiritual no conceito multidisciplinar de saúde que agrega, ainda, aspectos físicos, psíquicos e sociais³.

Desta forma, percebe-se que profissionais de saúde, pesquisadores e a população em geral têm, cada vez mais, reconhecido a importância da dimensão espiritual no contexto da saúde¹.

Sabe-se que espiritualidade, bem como a religiosidade, apresentaram significados intrincados até meados do século XIX. A partir de então, foi, gradualmente, estabelecida uma distinção conceitual entre eles². Segundo um dos conceitos mais amplos e atuais sobre o tema, a espiritualidade é o aspecto da humanidade que se refere às formas com que os indivíduos buscam e expressam significado e propósito e ao meio pelo qual experimentam suas conexões com o momento, consigo, com os outros, com a natureza e com o significativo ou sagrado⁴. Sua relação com a saúde tem se tornado claro paradigma a ser estabelecido na prática médica rotineira. A doença permanece como entidade de impacto amplo sobre aspectos de abordagem desde a fisiopatologia básica até sua complexa relação social, psíquica e econômica; é fundamental reconhecer que esses diversos aspectos estão correlacionados em múltipla interação³. A religião, por sua vez, para alguns estudiosos, passa a englobar características comportamentais, sociais e doutrinárias específicas compartilhadas por um grupo e praticadas pelo indivíduo.

Mesmo diante de dificuldades conceituais em relação à espiritualidade e da dificuldade histórica no âmbito da ciência em abordar as questões espirituais da experiência humana e sua relação com saúde e qualidade de vida, alguns estudos têm demonstrado que é possível mensurar de forma mais objetiva o impacto da espiritualidade sobre diversos parâmetros de saúde². Na saúde física, esses reflexos definem-se como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças e eventual redução de óbito ou carga de diversas patologias, na população previamente sadia³.

Vasconcelos⁵, em uma narração crítica sobre a abordagem espiritual na Atenção Primária à Saúde (APS), afirma que, embora a participação do profissional de saúde neste processo de intervenção seja dificultada pelo fato de sua formação não valorizar e não prepará-lo para lidar com dimensões subjetivas não expressas de forma racional e clara, a convivência intensa de alguns profissionais de saúde com as classes populares e os seus movimentos tem-lhes ensinado um jeito diferente de conduzir seus atos terapêuticos, rompendo com atitudes pautadas no modelo biomédico. Aprende-se a valorizar percepções sutis dos sentidos. Vai-se também aprendendo a manejar, de forma equilibrada, a relação entre a razão, a emoção e a intuição na estruturação do ato terapêutico⁴.

Para ser aberto a esta prática, é importante que os profissionais de saúde tenham consciência das dimensões espirituais da sua própria vida e, em seguida, apoiem-se em uma prática compassiva com as pessoas através de um processo reflexivo.

Esses promotores de saúde tendem a formar conexões mais profundas e significativas com os pacientes através do desenvolvimento da consciência dos seus próprios valores, crenças e atitudes⁶. Puchalski et al.⁴ apontaram diversos estudos em que a espiritualidade se coloca como uma necessidade do ser humano, que afeta tomadas de decisões em saúde e que impacta em resultados de processos de saúde, incluindo qualidade de vida, e que a espiritualidade e crenças religiosas podem, em contextos negativos, gerar estresse e aumentar as cargas de sofrimento em uma doença.

Pesquisas que investigam a relação entre saúde e espiritualidade têm crescido de forma expressiva nos últimos anos, em quantidade e qualidade. No domínio da APS e Medicina de Família e Comunidade, especificamente, existe uma grande carência de estudos no Brasil e no mundo. O conhecimento aprofundado sobre o entendimento do profissional que atua na APS sobre espiritualidade e saúde, bem como suas estratégias para abordagem do tema junto ao indivíduo e comunidade, pode catalisar a formulação de políticas públicas de saúde de nível nacional, na esteira do que vem sendo posto pela Política Nacional de Humanização e pela Política Nacional de Segurança do Paciente.

Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi analisar as concepções de Espiritualidade de médicos vinculados ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) na região do Cariri cearense.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal e de natureza quantitativa, em que os médicos vinculados ao PROVAB e PMMB na região do Cariri cearense e supervisionados pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri (FAMED-UFCA), foram avaliados quanto às suas concepções sobre espiritualidade e como as utilizam na prática do cuidar.

O questionário semiestruturado e autoaplicável, utilizado como instrumento de coleta, foi elaborado por Luchetti et al.⁷ e adaptado pelos autores do estudo, englobou quatro eixos, a saber: 1) **dados sociodemográficos**: gênero, idade, etnia, renda familiar e ano de graduação; 2) **prática clínica em espiritualidade**: concepções de espiritualidade, conhecimentos sobre a relação da mesma com a saúde e como esta abordagem poderia ser inserida na prática clínica; 3) **formação acadêmica em saúde e espiritualidade**: opiniões sobre a forma pela qual a universidade aborda o tema e como o profissional de saúde poderia ser preparado para tal abordagem; 4) **dimensão de espiritualidade**.

A dimensão de espiritualidade foi avaliada por meio da *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS). Traduzida e validada no Brasil⁸ com coeficiente alfa de Cronbach = 0,78 e composta por seis itens, a SSRS permite avaliar aspectos da espiritualidade do indivíduo, se ele considera ou julga importantes questões pertinentes à sua dimensão espiritual e as aplica em sua vida. Os respondentes devem marcar uma entre cinco opções que variam de “1 = concordo totalmente” a “5 = discordo totalmente” (escala tipo Likert) e as respostas devem ser dadas de acordo com a percepção do indivíduo no momento do preenchimento das questões. Para sua utilização, é necessário fazer o somatório de pontos, que varia de 6 a 30. Para isso, deve-se, anteriormente, recodificar cada item do instrumento (por exemplo, escore de 5 torna-se 1; 2 torna-se 4; e assim por diante). As respostas recodificadas são somadas para produzir o escore total, e este, por sua vez, representa o nível de orientação espiritual.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina da UFCA, sob o CAAE 48945115.3.0000.5698. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

A amostra final foi composta por 86 médicos, o que representa 40,9% dos médicos procedentes do PROVAB e PMMB. Foram excluídos deste estudo os profissionais que estavam em férias ou em afastamento, não compareceram ao momento de aplicação do questionário, se recusaram a participar e responderam ao questionário de forma incompleta, o que inviabilizou a sua análise.

A maioria dos médicos eram homens (59,3%), com idade média de $35,15 \pm 10,07$ anos, brancos (52%) e ganhavam mais de 12 salários mínimos mensalmente (61,2%).

Os participantes foram questionados quanto aos conceitos que mais se aproximariam das suas concepções de espiritualidade, para tanto, utilizou-se uma questão fechada de múltipla escolha, como descrito na Tabela 1. Sobre seu entendimento acerca da espiritualidade, a maioria dos participantes acredita tratar-se da busca de sentido e significado para a vida humana (36,0%), da crença e da relação com Deus/Religiosidade (40,7%) ou da crença em algo que transcende à matéria (36,0%).

Quando questionados sobre a influência da espiritualidade na saúde, 62,7% apontaram para uma grande influência e 72,9% afirmaram tratar-se de uma influência geralmente positiva. A maioria dos profissionais (78,9%) acreditou que sua espiritualidade/religião interfere no entendimento do processo saúde-doença e na relação profissional-indivíduo.

Mais de 70,0% dos entrevistados acreditaram ser moderada ou muito pertinente a abordagem da espiritualidade da pessoa, enquanto 71,4% responderam que tal prática seria apropriada apenas quando houvesse abertura ou solicitação por parte do paciente para essa intervenção.

Ao serem questionados sobre como agem diante do tema, 54,1% afirmaram ter indagado sobre a espiritualidade das pessoas. De forma rotineira, apenas 4,0% trazia esse questionamento em sua prática clínica (Tabela 2). A maioria dos médicos (77,1%) arguidos referiu que os pacientes nunca ou raramente lhe parecem desconfortáveis quando foram questionados sobre a sua espiritualidade. Dentre os motivos para

Tabela 1. Correlações com “Saúde e Espiritualidade”. Barbalha, 2015.

	n	%
Você relaciona o assunto “Saúde e Espiritualidade” com:		
Humanização da saúde	33	38,3
Qualidade de vida	27	31,4
Saúde total / holística	18	20,9
Interferência positiva ou negativa da religiosidade na saúde	33	38,3
Interferência do transcendente/imaterial na saúde	17	19,7
Abordagem do viver e do morrer	29	33,7
Em geral, o quanto você acha que a religião/espiritualidade influencia na saúde de seus pacientes?		
Extremamente	14	16,2
Muito	54	62,7
Mais ou menos	18	20,9
Pouco	0	0
Muito pouco ou nada	0	0
A influência da religião/espiritualidade na saúde geralmente é positiva ou negativa?		
Geralmente positiva	62	72,9
Geralmente negativa	02	2,3
Igualmente positiva e negativa	20	23,5
Não tem influência	01	1,1

Tabela 2. Opiniões e práticas dos médicos sobre a relação entre saúde e espiritualidade. Barbalha, 2015.

	n	%
Alguma das afirmações seguintes desencoraja você a discutir religião/espiritualidade com seus pacientes? (era possível marcar mais de uma opção)		
Falta de conhecimento	19	22,0
Falta de treinamento	30	34,8
Falta de tempo	42	48,8
Desconforto com o tema	14	16,2
Medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes	33	38,3
Conhecimento sobre religião não é relevante no cuidado	06	6,9
Não faz parte do meu trabalho	08	9,3
Medo de ofender os pacientes	24	27,9
Medo de que meus colegas não aprovem	03	3,4
Outros	05	5,8

evitar a abordagem da espiritualidade na prática, falta de tempo foi o motivo mais apontado, segundo exposto na Tabela 2.

Quando se refere às ferramentas e tratamentos espirituais recomendados às pessoas, 54,0% dos médicos recomendariam a prece/reza, 51,1% a leitura religiosa e 26,7% trabalhos de caridade em templos religiosos. Em relação ao preparo técnico para a abordagem da espiritualidade, 44,7% dos participantes se consideraram moderadamente preparados e 42,3% pouco preparados.

Quanto a formação universitária sobre o tema, “nunca”, “raramente” e “algumas vezes” foram as respostas mais apontadas quando questionados se os docentes abordaram a temática da espiritualidade nas atividades curriculares. A maioria (61,1%) dos médicos referiram que a formação acadêmica atual fornece só um pouco ou nem um pouco de informações para que os acadêmicos consigam abordar as crenças religiosas ou espirituais das pessoas. Quase metade dos participantes (43,5%) referiu que o estudante universitário deve ser bastante preparado durante a faculdade para abordar a espiritualidade na prática clínica.

Oitenta por cento apontaram que temas relacionados à saúde e espiritualidade deveriam fazer parte dos currículos da formação em saúde, tendo 42,8% respondido que deveria ser abordado através de uma disciplina optativa específica e 33,3% através de cursos, eventos e estágios. Livros (33,7%), ensinamentos de sua própria religião (29,0%) e artigos científicos (25,5%) foram as principais fontes de conhecimento sobre espiritualidade adotadas pelos médicos entrevistados.

Acerca das crenças religiosas dos participantes da pesquisa, 49,4% autodenominaram-se católicos apostólicos romanos enquanto que 30,5% não possuem religião mas acreditam em Deus, 48,8% dos entrevistados consideraram-se moderadamente religiosos.

Os profissionais também tiveram a sua própria espiritualidade analisada. Para tanto, utilizou-se a SSRS, sendo obtida a média de $20,5 \pm 6,2$, apontando para um importante papel desempenhado pela espiritualidade em suas experiências pessoais.

Discussão

A maioria dos médicos compreendia a relação entre espiritualidade e saúde como questões gerais ligadas à qualidade de vida, humanização e interferências religiosas positivas ou negativas na saúde, chamando a atenção o entendimento de que a espiritualidade influencia o estado de saúde de seus pacientes de forma

majoritariamente positiva, além de contribuir para a relação profissional-indivíduo, em concordância com os resultados obtidos por Luchetti et al.⁷.

A maioria dos profissionais acredita que sua espiritualidade/religião interfere no entendimento do processo saúde-doença e na relação profissional-indivíduo, em reforço ao resultado obtido por Luchetti et al.⁹, que afirmam que as crenças dos pacientes os ajudam a lidar com muitos aspectos da vida e que, ainda, as crenças pessoais dos médicos influenciam nas suas decisões em saúde. Corroborando a presente pesquisa, o estudo de Curlin et al.¹⁰ demonstrou que a maioria dos médicos acreditava que religiosidade e espiritualidade tinham influência sobre a saúde e que ajudaram a pessoa a lidar com a doença, e a investigação de Monroe et al.¹¹ apontou que 85,0% dos médicos concordaram que devem estar cientes das crenças de seus pacientes.

A abordagem da espiritualidade, então, foi considerada pertinente para a maior parte dos entrevistados, desde que sob demanda das pessoas, os quais dificilmente mostram-se desconfortáveis com a mesma. Apesar disso, apenas uma diminuta parcela dos médicos incorporou tal abordagem em sua prática diária, como demonstrado por Luchetti et al.⁷, em cuja amostra 64,1% dos entrevistados abordaram o tema com seus pacientes, mas 54,9% não o fazem com regularidade.

Dentre os fatores listados como inconvenientes para a aplicação clínica da abordagem espiritual do ser humano, realçaram-se: falta de tempo, medo de impor pontos de vista religiosos falta de treinamento, similares aos resultados encontrados em um estudo realizado com estudantes de medicina brasileiros em 2013⁷. Há que se ressaltar os dois primeiros fatores citados, posto que podem ser superados com a integração de conteúdos teórico-práticos, objetivos dentro dos cursos de graduação, com foco em instrumentos simples para orientar a entrevista clínica, como a estratégia FICA (acrônimo para F – fé; I – importância; C – comunidade; A – ação no tratamento), desenvolvida por Puchalski e Romer¹², cuja aplicação clínica habitual custa apenas dois minutos ao profissional.

Não obstante, em outro estudo semelhante¹³, evidenciou-se que os estudantes de medicina sentem medo em impor suas crenças religiosas às pessoas ao tentarem abordar a espiritualidade, pois ainda encontram dificuldade em dissociar espiritualidade de religiosidade, muitas vezes atribuindo a definição de uma a outra.

O presente estudo identificou marcante fragilidade na formação dos profissionais entrevistados a respeito da abordagem da espiritualidade do ser humano, tendo em vista que cerca de metade dos mesmos se consideram pouco preparados para essa atividade, e a maioria não teve nenhum contato formal com questões como crenças religiosas e/ou espirituais durante a graduação. Em virtude deste fato, a maior parte dos médicos afirmou que temas ligados à “saúde e espiritualidade” devem compor o currículo do profissional de saúde em formação, sendo as disciplinas optativas e cursos, eventos ou estágios as formas mais indicadas nesse intento. Esta compreensão está alinhada, inclusive, com coordenadores de cursos médicos avaliados em estudo nacional¹⁴, que encontrou que 53,9% dos questionados consideraram a importância da inserção da abordagem da espiritualidade da pessoa no currículo do curso de graduação em medicina.

Em relação ao preparo técnico para a abordagem da espiritualidade, denotou-se um quadro preocupante, pois a maioria dos avaliados referiu ser pouco preparada para tal. A minoria (6,9%) dos entrevistados no presente estudo acreditam que o conhecimento sobre religião não é relevante para o cuidado, com impacto direto em seu desejo de abordar tais assuntos na prática. Um estudo com estudantes de medicina brasileiros⁷ em 2014, evidenciaram que a maioria dos acadêmicos em formação não participou de abordagens que envolvessem saúde e espiritualidade e acredita que a faculdade não abordou o tema e não forneceu informações adequadas.

Um total de 65,1% dos médicos entrevistados apontou que “nunca”, “raramente” ou apenas “algumas vezes” tiveram contato com docentes que abordaram a temática da espiritualidade durante a graduação, um dado congruente com as pesquisas de Mariotti et al.¹⁵, em que 92,3% dos docentes médicos não forneciam formação adequada na área de saúde e espiritualidade, e também de Rasinsk et al.¹⁶, na qual apenas 23,0% dos médicos em atividade recebeu treinamento formal na área.

Esse panorama vem de encontro às discussões realizadas no âmbito da OMS³ e confronta diretamente as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina¹⁷ instituídas em 2014, que preveem uma formação humanista, crítica, reflexiva, ética e compromissada com a defesa da saúde integral do ser humano, que deve culminar em um cuidado centrado na pessoa.

Smeke¹⁸ descreve que, na prática cotidiana de cuidar, muitas vezes relacionada à assistência básica em saúde, os profissionais se deparam com um emaranhado de queixas, dores, carências que se confundem e extravasam os limites da doença orgânica; nesse momento, o sofrimento extrapola a relação física e convida o profissional a colocar em ação a sua compaixão.

Profissionais atuantes na educação popular em saúde costumam trazer consigo suas próprias vivências em espiritualidade (amplo universo de significados, crenças e valores), como também convivem com a espiritualidade/religiosidade da comunidade local⁵. Dentro dessa perspectiva, estes profissionais tendem a relacionar-se efetivamente com a população, refletindo sobre o cotidiano das pessoas, considerando o conhecimento popular, a escuta, o diálogo, os sentimentos dos indivíduos que estão sendo cuidados¹⁸. Isso foi evidenciado no presente estudo, tendo, os médicos, relacionado como ferramentas mais utilizadas para abordagem da espiritualidade tanto aquelas associadas à religiosidade intrínseca e organizacional (reza/prece; leitura de livros religiosos) quanto aquelas mais voltadas para a religiosidade não organizacional (trabalhos de caridade em templos religiosos).

A partir do exposto, é possível visualizar a aplicação prática da espiritualidade em todos os níveis da linha de cuidados do sistema de saúde, isto é, a efetivação da integralidade da atenção à pessoa: primário (promoção da saúde e prevenção de agravos de forma ampla, considerando os comprovados benefícios das práticas religiosas e/ou espirituais), secundário (ênfase em clínicas mais específicas, valorizando aspectos particulares da espiritualidade do ser sob cuidado para o enfrentamento da situação de doença ou sofrimento) e terciário (acolhimento global do binômio indivíduo-família em situação de vulnerabilidade - inclusive com déficits variados consequentes à doença -, abordando o sofrimento da dimensão espiritual no momento e preparando-o, através de uma comunicação sensível e inclusive, para as próximas etapas de investigação, diagnóstico e tratamento).

Galanter et al.¹⁹, desenvolvedores da SSRS, obtiveram médias muito próximas do presente estudo ($20,5 \pm 5,3$) entre estudantes de medicina estadunidenses, sendo a crença em uma força superior um importante fator contribuinte para os maiores níveis de espiritualidade aferidos nesses sujeitos. Dentro da autoavaliação dos médicos entrevistados, utilizando a SSRS, os elevados índices de espiritualidade aferidos podem representar a valorização de um processo saúde-doença-adoecimento mais amplo por parte dos mesmos, incluindo fatores psicossociais e espirituais da pessoa.

A principal limitação desta pesquisa foi o caráter transversal, que inviabiliza posterior seguimento da população e acompanhamento das suas concepções sobre o tema “saúde e espiritualidade”. Todavia, o presente estudo tem o potencial de iniciar debates mais profundos sobre a compreensão da relação entre espiritualidade e saúde, especialmente no contexto dos profissionais da atenção básica, que são porta de entrada preferencial dos serviços de saúde no Brasil. E que tem nesse modelo de atenção a ordenação da rede e coordenação do cuidado.

Conclusão

A APS é campo fértil para uma abordagem holística, como pressupõe o método clínico centrado na pessoa, o que inclui a sua dimensão espiritual. Contudo, deficiências inerentes à formação em saúde reduzem os impactos positivos da assistência, privilegiam aspectos biofísicos em detrimento dos componentes sociais, psicológicos e espirituais do processo saúde-doença. Nesse contexto de falta de abordagem formal, falta de interesse pelo tema “saúde e espiritualidade” na formação tradicional e carência de docentes capacitados no tema em questão, propõe-se utilizar estratégias didáticas inovadoras para a renovação curricular, como as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, sensibilizando os estudantes para o tema desde o início do curso e de forma transversal, favorecendo uma construção e prática profissional com visão holística.

Ao revelar que a maior parte dos médicos entrevistados reconheceram tais dificuldades, compreenderam a importância da abordagem clínica da espiritualidade e desejariam ter tido acesso a conteúdos teóricos e práticos sobre esse tema durante sua graduação, o presente estudo contribui para o corpo de evidências que buscam direcionar a reestruturação dos currículos dos cursos de formação em saúde para a inclusão do tema “saúde e espiritualidade”, além de chamar a atenção para a necessidade de prover estratégias de educação permanente que atendam às demandas dos profissionais que atuam na APS e que necessitam ter propriedade sobre a temática.

Referências

1. Moreira-Almeida A. Spirituality and health: past and future of a controversial and challenging relationship. *Rev Psiquiatr Clín.* 2007;34(Suppl. 1):3-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700001>.
2. Dal-Farra RA, Geremia C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34(4):587-97. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000400015>.
3. World Health Organization (WHO) [Internet]. Amendments to the Constitution. Geneva: WHO; 1999. [citado em 2016 outubro 15]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/ew24.pdf
4. Puchalski CM, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *J Palliat Med.* 2009;12(10):885-904. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>. PMID:19807235.
5. Vasconcelos EM. Espiritualidade na educação popular em saúde. *Cad Cedes [Internet]*. 2009 [citado em 2016 outubro 15];29(79):323-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v29n79/03.pdf>
6. Puchalski CM. Honoring the sacred in medicine: spirituality as an essential element of patient-centered care. *J Med Person.* 2008;6(3):113-7.
7. Lucchetti G, Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti AL. Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBRAE. *BMC Med Educ.* 2013;13:162. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-13-162>. PMID:24314327.
8. Gonçalves MAS, Pillon SC. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). *Rev Psiq Clin.* 2009;36(1):10-5.
9. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clin Med [Internet]*. 2010 [citado em 2016 outubro 15];8(2):154-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n1/a02v36n1>
10. Curlin FA, Sellergren SA, Lantos JD, Chin MH. Physicians' observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health. *Arch Intern Med.* 2007;167(7):649-54. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.167.7.649>. PMID:17420422.
11. Monroe MH, Bynum D, Susi B, Phifer N, Schultz L, Franco M, et al. Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. *Arch Intern Med.* 2003;163(22):2751-6. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.163.22.2751>. PMID:14662629.
12. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med.* 2000;3(1):129-37. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129>. PMID:15859737.
13. Lucchetti G, de Oliveira LR, Leite JR, Lucchetti AL. Medical students and controversial ethical issues: results from the multicenter study SBRAE. *BMC Med Ethics.* 2014;15(1):85. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6939-15-85>. PMID:25511565.
14. Lucchetti G, Lucchetti AL, Espinha DC, Oliveira LR, Leite JR, Koenig HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Med Educ.* 2012;12(78):1-7. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-12-78>. PMID:22900476.
15. Mariotti LG, Lucchetti G, Dantas MF, Banin VB, Fumelli F, Padula NA. Spirituality and medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian medical school. *Med Teach.* 2011;33(4):339-40. PMID:21591292.
16. Rasinski KA, Kalad YG, Yoon JD, Curlin FA. An assessment of US physicians' training in religion, spirituality, and medicine. *Med Teach.* 2011;33(11):944-5. <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2011.588976>. PMID:22022906.



17. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11.
18. Smeke ELM. Espiritualidade e atenção primária à saúde: contribuições para a prática cotidiana. In: Vasconcelos, E. M., organizador. Espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
19. Galanter M, Dermatis H, Bunt G, Williams C, Trujillo M, Steinke P. Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2007;33(3):257-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2006.06.014>. PMID:17574800.

Contribuição dos autores

Arthur Fernandes da Silva contribuiu com a concepção, análise e interpretação dos dados, com a redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, com a aprovação final da versão a ser publicada e com a garantia da exatidão e integridade de todos os aspectos do trabalho em qualquer parte da obra. Aline Quental Brasil contribuiu com a concepção, análise e interpretação dos dados, com a redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, com a aprovação final da versão a ser publicada e com a garantia da exatidão e integridade de todos os aspectos do trabalho em qualquer parte da obra. Ana Carolina Duarte de Oliveira contribuiu com a concepção, análise e interpretação dos dados, com a redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, com a aprovação final da versão a ser publicada e com a garantia da exatidão e integridade de todos os aspectos do trabalho em qualquer parte da obra. Juliana Fontes Freire contribuiu com a concepção, análise e interpretação dos dados, com a redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, com a aprovação final da versão a ser publicada e com a garantia da exatidão e integridade de todos os aspectos do trabalho em qualquer parte da obra. José Maurício Pereira Lopes contribuiu com a concepção, análise e interpretação dos dados, com a redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, com a aprovação final da versão a ser publicada e com a garantia da exatidão e integridade de todos os aspectos do trabalho em qualquer parte da obra. Suziy de Matos Bandeira contribuiu com a concepção, análise e interpretação dos dados, com a redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, com a aprovação final da versão a ser publicada e com a garantia da exatidão e integridade de todos os aspectos do trabalho em qualquer parte da obra. Sandra Barreto Fernandes da Silva contribuiu com a concepção, análise e interpretação dos dados, com a redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, com a aprovação final da versão a ser publicada e com a garantia da exatidão e integridade de todos os aspectos do trabalho em qualquer parte da obra.

Avaliação da aprendizagem: percepções docentes em sessões tutoriais de um curso de medicina na Amazônia

Learning assessment: teaching perceptions in tutorial sessions of a medicine course in the Amazon

Marília de Fátima Silva Pinheiro¹, Milena Coelho Fernandes Caldato¹, Jackson Cordeiro Lima¹, Fabíola de Carvalho Chaves de Siqueira Mendes¹

¹Centro Universitário do Estado do Pará, Belém (PA), Brasil.

RESUMO

O método PBL (Problem Based Learning - Aprendizagem baseada em problemas) é uma dinâmica curricular que tenta responder às demandas contemporâneas para o ensino da Medicina. Essa metodologia ocorre no formato de sessão tutorial e utiliza como avaliação, aquela de natureza formativa. *Objetivo:* com o objetivo de analisar o processo de como essa avaliação acontece nas sessões tutoriais de um curso de Medicina em uma instituição de ensino superior privada, foi realizado um estudo transversal com docentes do Curso. *Métodos:* a pesquisa utilizou questionários com perguntas fechadas. *Resultados:* 48% dos docentes eram do sexo feminino; com relação à titulação acadêmica, haviam 59% mestres, 26% doutores e 15% especialistas. Observou-se que, 77,8% dos tutores sempre utilizaram a planilha de avaliação, 73% concordaram com as pontuações dos critérios dessa planilha, mas solicitaram rever determinados pontos. Docentes citaram como característica mais importante para ser um bom tutor ter o conhecimento técnico e a menos importante, ter abertura às críticas. *Conclusão:* com base nos resultados, sugere-se que, são necessárias mudanças na descrição e nas pontuações dos critérios dessa planilha de avaliação e que as dinâmicas de grupo devam ser revistas regularmente pelos tutores, além de acesso a programas de treinamento e de desenvolvimento profissional contínuo para estes professores.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação. Tutoria. Aprendizagem baseada em problemas.

ABSTRACT

The PBL (Problem Based Learning) method is a dynamic curriculum that attempts to answer the contemporary demands for medical education. This methodology is in the tutorial session format and uses as assessment, formative nature. *Objective:* in order to analyze the process of how this happens in the tutorial sessions of the Medical School, a cross-sectional was conducted with teachers of the course. *Methods:* the research used questionnaires with closed questions. *Results:* among the teachers, 48% were female; with respect to academic degrees, 59% had masters, 26% doctors' science and 15% expert. Observed that 77.8% of the tutors always used the evaluation sheet, 73% agreed with the scores of the criteria that worksheet, but asked to review certain point. Teachers cited as the most important feature to be a good tutor to have technical knowledge and the least open to criticism. *Conclusion:* it is suggested that changes in the description and the criteria scores this evaluation sheet are necessary and that the group dynamics should be reviewed regularly by tutors, and access to training and ongoing professional development programs for these teachers.

KEYWORDS: Evaluation. Mentoring. Problem Based Learning.

Recebido: Jun. 11, 2017

Aceito: Nov. 20, 2017

COMO CITAR ESTE ARTIGO

Pinheiro MFS, Caldato MCF, Lima JC, Mendes FCCS. Avaliação da aprendizagem: percepções docentes em sessões tutoriais de um curso de medicina na Amazônia. Interdisciplinary Journal of Health Education. 2017 Jan-Jul;2(1):25-32. <https://doi.org/10.4322/ijhe.2016.025>

CORRESPONDÊNCIA:

Marília de Fátima Silva Pinheiro
Centro Universitário do Estado do Pará
Av. Almirante Barroso, 3775,
CEP 66613-903, Souza Belém (PA),
Brasil
marilia.pinheiro@globo.com

FONTE DE FINANCIAMENTO

Nenhuma.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

O estudo foi realizado no Centro Universitário do Estado do Pará, Belém (PA), Brasil.

Todos os autores leram e aprovam a versão final submetida ao Interdisciplinary Journal of Health Education (IJHE).

Introdução

No Brasil as Diretrizes Curriculares para os cursos de Medicina¹ atualizadas em 2014, propuseram não apenas a revisão dos conteúdos curriculares, mas também a busca de novas metodologias de ensino que propiciassem um novo pensar teórico-metodológico de formação acadêmica.

O método da Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem Based Learning* – PBL) constitui-se numa dinâmica curricular que responde a essas demandas contemporâneas². O referido método, ao centralizar o processo de aprendizagem no auto estudo pelo aluno, coloca o professor na condição de facilitador desse processo, pondo fim às práticas habituais de ensino, nas quais o professor (sujeito ativo) é considerado o exclusivo detentor dos saberes e o aluno simples receptor (sujeito passivo) deles³.

Nesse contexto, a avaliação constitui-se como etapa relevante, permitindo ao docente apreciar o processo de aprendizagem do aluno na obtenção de subsídios para as mudanças que forem necessárias. Em todo processo didático-pedagógico provavelmente a avaliação constitui a etapa de maior relevância e dificuldade na obtenção de informações sobre o aprendizado do aluno. Além disso, a forma e o conteúdo em como avaliar são importantes, por constituírem poderoso determinante de como os alunos estudam e aprendem⁴.

Avaliar não mobiliza meramente aspectos cognitivos. Em grande parte, aspectos subjetivos estão presentes e sabe-se que os conhecimentos dos tutores/professores sobre a avaliação estão alicerçados em uma visão tradicional que dá ênfase aos instrumentos de caráter quantitativos (geralmente a prova)^{5,6}.

À medida que se utiliza a avaliação formativa, a aprendizagem ganha contornos mais bem definidos, pois o aluno é avaliado sob outra ótica — a observação —. Porém os tutores/professores vivem o sentimento de dúvidas quanto ao estar fazendo o processo de maneira adequada ou não. Nesse aspecto ocorrem divergências de ponto de vista, no que considerar normal, uma vez que, sujeitos têm visões de mundo, vida, profissional distintos entre si, o que torna a avaliação um campo complexo⁷.

Surtem várias interrogações do ponto de vista dos tutores/professores: o *feedback* realizado está sendo suficiente? Como saber se as intervenções produzirão modificações na aprendizagem dos alunos?

Além de terem que superar a prática de avaliação do ensino tradicional de caráter somatório, prática essa de maior experiência desses profissionais, faz-se necessária uma maior segurança desses profissionais no momento de avaliar, pois nem sempre o estudo e/ou experiência prévia são sinônimos de avaliação justa.

Esta pesquisa utilizou como contexto o curso de Medicina de uma instituição privada de Belém-PA, que em 2007 iniciou a primeira turma com metodologia PBL. Até o oitavo período, os alunos discutem situações-problemas em duas sessões tutoriais semanais. Após a discussão tanto na abertura como no fechamento dessas situações, é realizada a avaliação formativa pelos discentes e docentes, estes realizam neste momento o feed-back aos alunos. A avaliação é baseada em critérios pré-estabelecidos pela Instituição (planilha de avaliação na abertura e fechamento do problema) com conversão para conceitos e pontuação.

Portanto, foi objetivo deste trabalho analisar o processo de avaliação formativa das sessões tutoriais no curso de Medicina de uma instituição privada de Belém-PA, além de descrever as dificuldades na condução da sessão tutorial, identificadas pelo docente; descrever se existem conceitos preconcebidos de aluno bom e fraco; correlacionar titulação docente com avaliação de aluno de diferentes níveis de desempenho acadêmico e correlacionar titulação e tempo de experiência em metodologias ativas com o uso da planilha de avaliação.

Metodologia

Esta pesquisa foi incluída na Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário do Estado do Pará - CESUPA (parecer número 233.998) e seguiu todos os preceitos éticos de pesquisas em seres humanos. Todos os que aceitaram participar, assinaram o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido – TCLE.

O estudo transversal quantitativo realizado utilizou para a pesquisa de campo a aplicação de questionário com perguntas fechadas. Por se tratar de um questionário inédito e não validado, foi aplicado um piloto com 20% da casuística total de tutores (oito professores). Após a aplicação dos questionários piloto, as respostas foram analisadas e ajustes realizados para melhor compreensão com posterior aplicação à casuística total.

Ao final da aplicação dos questionários, os dados foram compilados em planilha de Excel e submetidos à análise estatística. A análise de cada questão dos questionários foi realizada de forma descritiva, fazendo o uso das frequências absolutas das respostas (primeira a décima questão).

Nas questões em que foram solicitadas para que o participante ordenasse as opções de forma a responder a indagação, foi utilizada a moda (11^a a 13^a questões). Tabelas de contingências foram construídas para analisar a correlação entre as respostas.

Resultados e discussão

A pesquisa conseguiu atingir a totalidade dos tutores/professores que exerciam suas atividades do primeiro ao oitavo períodos no segundo semestre de 2013, com ampla aceitação por parte dos professores, não havendo recusas de participação. O questionário, portanto, foi aplicado a 27 tutores (48,1% do sexo feminino e 51,9% do sexo masculino), uma vez que oito professores exerciam o papel de tutor em mais de uma turma.

De acordo com Freire⁸, o educador precisa entender que ensinar não é apenas o simples fato de transferir conhecimento para o aluno, e sim criar condições para que este produza ou construa seu conhecimento. O PBL é um método que incentiva esta construção do conhecimento, porém tanto os professores quanto os alunos que o praticam apresentam dúvidas com relação a sua correta aplicabilidade. Tal fato pode justificar o total interesse dos docentes em participar desta pesquisa.

Do total de professores analisados, 14,8% eram especialistas, 59,3% mestres e 25,9% doutores. 11,1% possui até dois anos de magistério no ensino superior, 22,2% entre 2 e 5 anos e 66,7% com 6 anos ou mais. 25,9% possuem até dois anos de experiência com metodologias ativas, 44,43% entre dois e cinco anos e 29,63% com seis anos ou mais.

No que se refere a análise da primeira questão: “Sempre utilizo a planilha com os critérios para avaliação formativa em tutorias”, evidenciou que 77,8% dos tutores sempre a utilizaram e 14,8% frequentemente a utilizaram; contra 7,4% que não ou quase nunca a utilizaram (Figura 1).

Apesar da maioria dos tutores (77,8%) ter afirmado que usava a planilha com os critérios para avaliação formativa, chama atenção ainda, que 7,4% dos docentes não ou quase nunca utilizaram a planilha de avaliação, levantando o questionamento de quais parâmetros tais professores estariam utilizando para avaliar seus alunos. Segundo Fernandes⁹, mudanças e melhorias na avaliação formativa implicam que o seu significado seja claro para os professores.

Com relação à questão de número cinco: “O aluno que foi muito bem nos primeiros problemas poderá até eventualmente cair o seu rendimento, mas não é justo diminuir suas notas”, mostrou que 77,8% dos docentes discordaram totalmente;

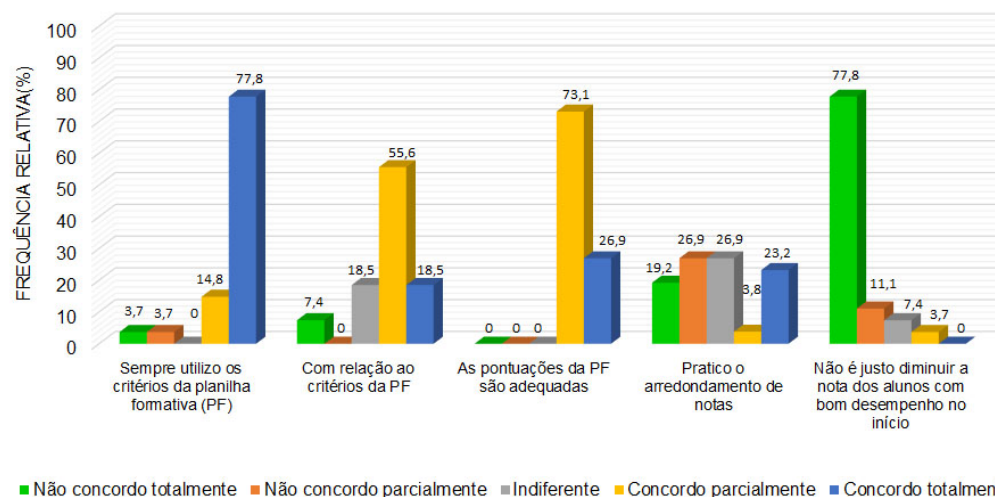


Figura 1. Frequência relativa das repostas (em percentual) dos docentes às perguntas de 1 a 5 do questionário sobre como é realizada a avaliação dos alunos durante a Aprendizagem Baseada em Problemas.

11,1% discordaram em parte; 7,4% marcaram às vezes, pois dependeria do aluno e 3,7% concordaram em partes (Figura 1).

Com relação à essa questão, é importante notar que a maioria dos tutores (77,8%) diminuiria a nota deste aluno, avaliando como tinha sido seu desempenho naquele dia, não importando se ele era considerado de alto desempenho, sugerindo que não existiriam conceitos preconcebidos de que alunos de bom rendimento sempre seriam alunos de notas altas.

Coerentemente, a sexta assertiva (i.e “O aluno que tenha sido fraco nos primeiros problemas dificilmente cresce e assim mantenho sua nota praticamente igual”), revelou que 74,1% dos tutores discordaram totalmente e 11,1% discordaram em partes; 11,1% disseram que dependeria do aluno e 3,7% concordaram totalmente (Figura 2).

Desse modo, assim como na assertiva que se referia ao aluno de baixo rendimento que no decorrer das tutorias vai melhorando seu rendimento, a maioria dos professores (74,1%) aumentaria a sua nota de acordo com seu desempenho diário, corroborando para o fato de que os tutores não colocariam rótulos nos alunos, porém chama atenção que seria mais fácil para eles (77,8%) reduzirem a nota de um aluno de alto desempenho do que aumentar a nota de outro de baixo rendimento (74,1%). Veiga¹⁰ cita como princípio para ajudar a realizar a avaliação formativa, a necessidade de o professor abrir mão do uso autoritário da avaliação, afinal ela não serve para castigar o aluno e sim para saber se ele aprendeu ou não o conteúdo e assim, pensar em estratégias para reverter tal situação.

Em relação à sétima afirmativa: “Percebo que às vezes, com extremo cansaço diminuo o meu nível de atenção e eventualmente isso chega a prejudicar a minha avaliação individual do aluno”, evidenciou que 55,6% dos tutores já tiveram momentos de distração, mas acreditaram não ter afetado sua avaliação; em 25,9% dos professores já ocorreu algumas vezes e para 18,5% dos docentes, tal fato nunca ocorreu (Figura 2).

Com esse resultado, nota-se que, apesar de o PBL ser centrado no aluno, o método necessita intensa participação do tutor, que passa a atuar como orientador, mentor e co-aprendiz, portanto exigindo muito mais atenção dele. Oficinas sobre técnicas e sobre pedagogia podem ser capazes de capacitar os docentes, mas são necessários programas de desenvolvimento docente para dar sustento aos currículos em formato PBL¹¹.

À cerca da solicitação encontrada na 11ª questão: “Enumere na ordem da mais importante para a menos importante as características que julga serem importantes para um tutor fazer uma boa avaliação (i.e escuta ativa; abertura às críticas;

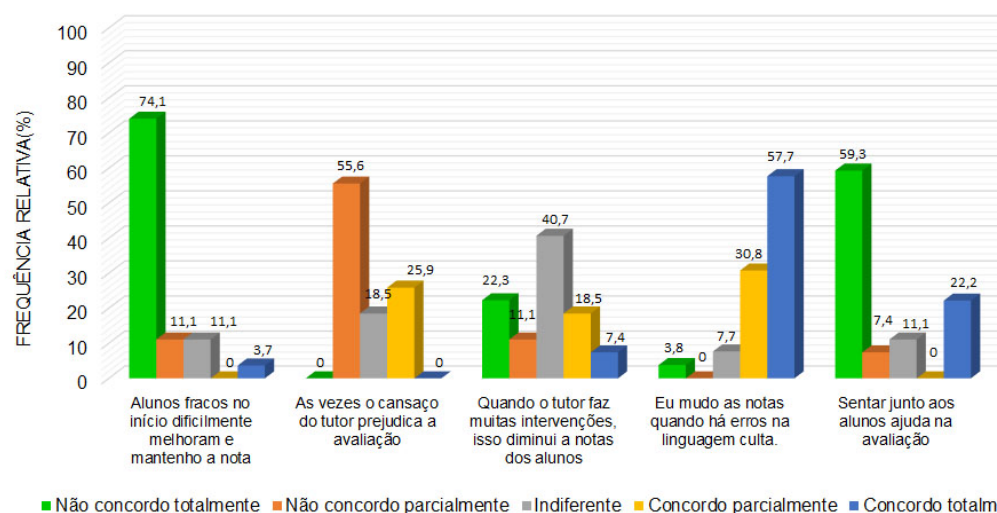


Figura 2. Frequência relativa das repostas (em percentual) dos docentes às perguntas de 6 a 10 do questionário sobre como é realizada a avaliação dos alunos durante a Aprendizagem Baseada em Problemas.

conhecimento técnico; auxílio ao foco; fornecimento de feedback”), mostrou que a mais importante foi ter conhecimento técnico, seguida de fornecer escuta ativa e a menos importante foi estar aberto às críticas, o que também foi achado na prática, pois os próprios professores estavam exercendo no seu dia a dia mais a escuta ativa e tendo conhecimento técnico do que abertos às críticas (Tabela 1).

Sobre o comando da 12ª questão: “Baseado nas características para um tutor enumere na forma da mais frequente para a menos frequente as características que você exercita nas tutorias: 1. Escuta ativa. 2. Abertura às críticas. 3. Conhecimento técnico. 4. Auxílio ao foco. 5. Fornecimento de feedback.”, mostrou que a mais frequente foi a alternativa 1, a segunda mais frequente foi a alternativa 3 e a menos frequente foi a alternativa 2 (Tabela 1).

Nesse caso, é importante a reflexão de que ouvir é uma das habilidades de comunicação mais importante para um tutor, mas esta escuta deve ser ativa, o tutor tem que prestar atenção no que está sendo dito, respeitar seus próprios pensamentos e sentimentos, evitando interromper o aluno e esperar o momento correto para fazer suas colocações¹².

Sobre o 13ª enunciado: “De acordo com sua dificuldade, coloque na ordem da mais difícil para a mais fácil situação” (i.e fazer avaliação formativa do aluno de desempenho regular em turmas muito boas; fazer avaliação formativa do aluno de desempenho regular em turmas muito fracas; motivar uma turma composta pela maioria de alunos desmotivados; estimular um aluno tímido a falar; estimular a capacidade de liderança de um coordenador não participativo; motivar a participação de um relator que não se pronuncia), a análise evidenciou que a mais difícil foi motivar uma turma com a maioria de desmotivados, seguida de estimular o aluno tímido e a mais fácil foi a avaliação de aluno regular em turma de alto rendimento (Tabela 1).

Estes resultados se contrapõem a outros da literatura em que é apresentado como problemas mais comuns do PBL, na visão dos tutores, os alunos muito quietos que deixam a sessão tutorial mais difícil, pois sem contribuir, acabam sobrecarregando a participação dos colegas¹³.

Ao se correlacionar a titulação apresentada pelo docente com a afirmativa: “O aluno que foi muito bem nos primeiros problemas poderá até eventualmente cair o seu rendimento, mas não é justo diminuir suas notas”, foi observado que a maioria dos professores (21 de 27) discordou totalmente, independente da sua titulação. Dentre os seis docentes restantes, três discordaram em partes, sendo dois mestres e

Tabela 1. Descrição dos itens marcados por cada docente para efeito de resposta às perguntas de 11 a 14 do questionário sobre sua percepção ao exercício da função de tutor durante o método de Aprendizagem Baseada em Problemas. Abaixo destaca-se a moda, ou seja, o item que mais se fez presente como resposta dos docentes.

Professor	Questão XI		Questão XII		Questão XIII		Questão XIV	
	Características importantes para o tutor fazer uma boa avaliação		Características exercitadas em tutorias		Situações de condução de tutoria		Prática de preferência durante a tutoria	
	Mais Importante	Menos Importante	Mais Frequente	Menos Frequente	Mais Difícil	Mais Fácil	Mais Gosta	Menos Gosta
p01	5	2	5	4	4	3	2	3
p02	3	4	3	2	4	2	2	3
p03	1	4	1	3	3	2	2	4
p04	1	4	1	4	3	5	1	3
p05	3	2	1	2	1	3	2	4
p06	1	4	1	4	2	4	5	3
p07	3	2	3	2	3	1	1	4
p08	5	2	1	5	3	2	5	4
p09	1	2	1	2	2	1	5	3
p10	3	5	3	5	1	5	5	4
p11								
p12	1	3	1	3	4	1	5	4
p13	3	2	3	2	4	6	2	3
p14	3	2	1	2	4	2	5	4
p15	1	5	1	5	3	1	1	4
p16	3	2	1	2	3	1	2	3
p17	5	3	5	3	4	2	1	4
p18	1	2	1	2	4	1	1	4
p19	3	4	1	2	2	5	1	3
p20	1	2	1	3	3	1	5	3
p21	3	2	3	5	3	1	1	4
p22	2	5	2	4	1	6	3	1
p23	3	2	1	5	4	6	2	3
p24	3	2	1	2	3	4	1	3
p25	2	3	2	3	3	1	2	4
p26	5	1	1	5	3	1	2	4
p27	1	2	1	2				
Moda	3	2	1	2	3	1	2	4

um especialista; dois acreditaram que dependeria do aluno, sendo um mestre e um doutor e um mestre concordou em partes.

Nessa correlação, ficou evidente que a maioria dos tutores não rotula o aluno como de alto rendimento (78%), independente da sua titulação. Entretanto, um professor com o título de mestre ainda concordou em partes com o fato de rotular o aluno como bom e não reduziria sua nota, mesmo que seu desempenho tivesse caído.

Na literatura, o que se vê, é que os professores universitários, de maneira geral, mesmo os que possuem títulos (mestres e doutores), têm dado pouca importância a sua preparação didático-pedagógica para a docência. É sabido, segundo os autores,

que o critério para seleção e contratação destes professores tem sido a marca de um bom desempenho profissional na sua especialidade, não necessariamente com domínio na área educacional e pedagógica¹⁴.

Correlacionando-se os dados de tempo de magistério no ensino superior com a afirmativa: “Sempre utilizo a planilha com os critérios para avaliação formativa em tutorias”, a maioria (78%) optou pela opção sim, sempre usava, independentemente do tempo de magistério, mas chamou atenção que mesmos os tutores mais experientes (três em quatro) com tempo de quinze anos ou mais, e 12 (de 14) com tempo entre seis a dez anos, mesmo mais experientes, continuaram usando a planilha de avaliação.

O único professor que assinalou que não utilizava a planilha pertencia ao grupo de menor experiência (de até cinco anos). No trabalho de Rozendo¹⁴ foi identificado que a maior parte dos professores tinha no máximo cinco anos de experiência no ensino superior e sem preparação específica para a docência.

Quanto a correlação do tempo de experiência em metodologias ativas com a assertiva: “Sempre utilizo a planilha com os critérios para avaliação formativa em tutorias”, evidenciou-se que a maioria dos tutores (21 de 27) sempre usava a planilha, independente do tempo de experiência, sendo sete (de oito) com tempo de experiência de seis ou mais anos; nove (de 12) com tempo de experiência entre três a cinco anos; e cinco (de sete) com tempo de experiência até dois anos. Dentre os 27 docentes, apenas um docente não usava a planilha de avaliação, pertencendo ao grupo com menor experiência em metodologias ativas (de até dois anos), sugerindo talvez que os docentes com menor tempo de experiência em ensino superior e também em metodologias ativas deveriam ser submetidos a uma melhor qualificação. Embora cursos de didática não sejam suficientes para tornar um docente com habilidades necessárias para o ensino, esses são recursos importantes para sua preparação e melhor desempenho¹⁴.

Conclusão

Apesar do estudo confirmar que a maioria dos docentes possuía experiência no ensino superior, ficou clara também a pouca vivência com metodologias ativas.

Para que haja então a facilitação na aplicação destas metodologias e, sobretudo, no processo de avaliação dos alunos, sugere-se a realização de mudanças, tanto na descrição, como nas pontuações dos critérios da planilha de avaliação formativa.

Ter uma planilha formativa bem articulada ao processo de avaliação é essencial, pois observou-se que mesmo os professores mais experientes continuavam a utilizar a planilha de avaliação e, independente do tempo de ensino superior, foi senso comum a solicitação de mudanças nos critérios de avaliação, o que afasta a hipótese de que apenas os professores com pouca experiência poderiam não saber utilizar a planilha corretamente.

O estudo reflete, ainda, que se tenha mais atenção com estes professores com menor experiência em ensino superior e em metodologias ativas, devendo os processos tutoriais e as dinâmicas de grupo serem revistas regularmente por todos os tutores, uma vez que foram observadas várias discordâncias entre os docentes com relação a posição adotada à mesa, arredondamento de notas, subtração de pontos e erros de português.

As principais dificuldades observadas como motivar turmas desinteressadas, estimular o aluno tímido que sobrecarrega os colegas e avaliar turmas grandes, poderiam ser minimizadas com acesso a programas de qualificação continuada.

Além disso, não houve correlação entre a alta titulação docente e a rotulação de alunos, diferentemente do que se poderia supor. Mas entre os professores especialistas, observou-se a rotulação do aluno de baixo rendimento, sugerindo que estes professores necessitariam ter maior experiência na área educacional e pedagógica.



Apesar disso, fica claro que a participação dos sujeitos (tutores) desse estudo é de uma realidade específica (*lôcus* de pesquisa), mas que se assemelham a tantas outras realidades educativas (locais, regionais, nacionais, internacionais) que optaram em construir uma formação acadêmica – educação médica – pelo viés de um currículo PBL.

Portanto, para ajudar na avaliação formativa, faz-se necessária mudanças de acordo com os resultados obtidos em pesquisas individualizadas. Caso se percebam fragilidades, estas devem, se possível, ser corrigidas, pois mostram onde estão as dificuldades a serem trabalhadas.

Afinal, pensar em processos avaliativos não é tarefa das mais fáceis para uma instituição e para os profissionais que dela fazem parte. É uma tarefa que requer disciplina teórica para apreender conhecimentos que elucidem soluções para as dificuldades encontradas pelos sujeitos e o desejo de sempre estarem receptivos para melhorias e evoluções necessárias.

Referências

1. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2001, Seção 1, p. 38.
2. Gomes R, Brino RF, Aquilante AG, Avó LRS. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. Rev Bras Educ Med. 2009;33(3):433-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300014>.
3. Toledo Júnior ACC, Ibiapina CC, Lopes SCF, Rodrigues ACP, Soares SMS. Problems-based learning: a new reference for constructing the medical curriculum. Rev. Méd. de Minas Gerais. 2008;18(2):123-31. <http://rmmg.org/artigo/detalhes/521>
4. Perrenoud P, Zeichner KM, organizadores. A pesquisa na formação e no trabalho docente. Belo Horizonte: Autêntica; 2002.
5. Suhr IRF. Processo avaliativo no ensino superior. Curitiba (PR): IBPEX; 2008.
6. Cunha MI. Docência na universidade, cultura e avaliação institucional: saberes silenciados em questão. Rev Bras Educ. 2006;11(32):258-71. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782006000200005>.
7. Troncon LEA. Avaliação do estudante de medicina. Medicina, Ribeirão Preto. 1996;29(4):429-39.
8. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.
9. Fernandes D. Para uma teoria da avaliação formativa. Rev Port Educ. 2006;19(2):21-50.
10. Veiga IPA, Naves ML. Currículo e avaliação na educação superior. In: Mendes, OM. Avaliação formativa no ensino superior: reflexões e alternativas possíveis. São Paulo (SP): Junqueira & Marin; 2005. p. 175-197.
11. Horta FMB. A sessão tutorial na ABP do curso médico da Unimontes: desafios e possibilidades. [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2010.
12. Bellodi PL, Martins MA. Tutoria: Mentoring na formação médica. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2005. p. 79-80.
13. Hendry GD, Ryan G, Harris J. Group problems in problem-based learning. Med Teach. 2003;25(6):609-16. <http://dx.doi.org/10.1080/0142159031000137427>. PMID:15369908.
14. Rozendo CA, Casagrande LDR, Schneider JF, Pardini LC. Uma análise das práticas docentes de professores universitários da área de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem. 1999;7(2):15-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691999000200003>.

Contribuição dos autores

Marília de Fátima Silva Pinheiro participou desde a concepção e desenvolvimento de todo o artigo, coletou e fez o levantamento da literatura utilizada, realizou a redação e revisão crítica. Milena Coelho Fernandes Caldato participou desde a concepção, desenho metodológico e desenvolvimento de todo o artigo, fez a supervisão, redação e revisão crítica. Jackson Cordeiro Lima realizou a análise estatística, avaliação e apresentação dos resultados e revisão crítica. Fabíola de Carvalho Chaves de Siqueira Mendes realizou a redação, análise estatística, avaliação e apresentação dos resultados e revisão crítica.

Desafios de discentes e gestantes na assistência pré-natal: processo de construção de cartilha educativa

Learners and pregnant difficulties in prenatal care: process of construction of educational booklet

Lilian Cristina Caldeira Thomé¹, Nara Macedo Botelho¹, Renato da Costa Teixeira²

¹ Universidade do Estado do Pará, Belém (PA), Brasil.

² Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde na Amazônia, Universidade do Estado do Pará, Belém (PA), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Esta pesquisa teve como objetivo investigar os desafios de discentes e gestantes durante a assistência pré-natal, desenvolvida no posto de saúde de uma universidade da região norte do Brasil, para a construção de uma cartilha de pré-natal. **Métodos:** Foi desenvolvido um estudo com abordagem quanti-qualitativa, tipo descritivo, produzido por questionários. As respostas obtidas nessa investigação, foram reduzidas aos seus elementos sob os fundamentos da análise de conteúdo com auxílio de *softwares* de uma plataforma eletrônica. **Resultados:** Para os discentes o maior desafio é superar a insegurança com o roteiro da anamnese pré-natal e o embarço com os termos regionais, utilizados pelas gestantes ribeirinhas e provenientes do interior do estado. E para as gestantes, inibição, vergonha, e ansiedade, que dificultam as perguntas durante a consulta. Assim as dúvidas mais frequentes das gestantes, estão relacionadas com aspectos do bem-estar fetal, alimentação, riscos, sinais e sintomas do parto, hábitos e cuidados. A maioria dos discentes sugeriu que os exames de pré-natal, as modificações gravídicas e o desenvolvimento do bebê no 1º, 2º e 3º trimestre, seriam os assuntos que deveriam constar em um material educativo. Já para as gestantes, os sinais do parto e modificações gravídicas. **Conclusão:** Os desafios da consulta são peculiares aos ambulatorios, particularmente os de ensino e compatíveis com dados semelhantes da literatura. Faz exceção a dificuldade dos discentes com os termos regionais, situação peculiar à região norte. Ademais discentes e gestantes apresentaram seus saberes e sugestões para contornar tais questões. Por conseguinte, o resultado desta pesquisa, com suas particularidades regionais será utilizado na construção de uma cartilha de pré-natal, a fim de favorecer a comunicação e a dinâmica da consulta e assistência do referido ambulatório.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde. Tecnologia educacional. Cuidado pré-natal.

Recebido: Ago. 04, 2017

Aceito: Nov. 20, 2017

COMO CITAR ESTE ARTIGO

Thomé LCC, Botelho NM, Teixeira RC. Desafios de discentes e gestantes na assistência pré-natal: processo de construção de cartilha educativa. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. 2017 Jan-Jul;2(1):33-44. <http://dx.doi.org/10.4322/ijhe.2016.027>

CORRESPONDÊNCIA

Lilian Cristina Caldeira Thomé
Rua dos Mundurucus, 2256, ap. 50,
Batista Campos, Belém (PA), Brasil
Tel.: (91) 3086-1147 /
Cel.: (91) 98412-2272
lilianthome10@gmail.com

FONTE DE FINANCIAMENTO

Recursos próprios dos pesquisadores.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

O estudo foi realizado na Universidade do Estado do Pará, Belém (PA), Brasil.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da UEPA com o número 788.446.

Todos os autores leram e aprovam a versão final submetida ao *Interdisciplinary Journal of Health Education* (IJHE).

ABSTRACT

Objective: This research aimed to investigate the challenges of students and pregnant women during prenatal care, developed at the health post of a university in the northern region of Brazil, to construct a prenatal booklet. **Methods:** A study with quantitative-qualitative approach, descriptive type, produced by questionnaires was developed. The answers obtained in this investigation were reduced to its elements under the fundamentals of content analysis with the aid of software from an electronic platform. **Results:** For students, the greatest challenge is to overcome the insecurity with the script of the prenatal anamnesis and the embarrassment with the regional terms, used by pregnant living near the river and coming from the interior of the state. And for pregnant women, inhibition, shame, and anxiety, they make it difficult to ask questions during the consultation. Thus, the most frequent doubts of pregnant women are related to aspects of fetal well-being, feeding, risks, signs and symptoms of childbirth, habits and care. Most of the students suggested that prenatal exams, pregnancy modifications, and baby development in the 1st, 2nd and 3rd trimester would be the subjects that should be included in an educational material. As for the pregnant women, the signs of childbirth and pregnancy modifications. **Conclusion:** It is concluded that the challenges of the consultation are peculiar to outpatient clinics, particularly those of teaching and compatible with similar data in the literature. Exceptions are the difficulty of the students with the regional terms, a situation peculiar to the northern region. In addition students and pregnant women presented their knowledge and suggestions to circumvent such issues. Therefore, the result of this research, with its regional characteristics, will be used in the construction of a prenatal booklet, in order to promote the communication and the dynamics of the consultation and assistance of the outpatient clinic.

KEYWORDS: Health education. Educational technology. Prenatal care.

Introdução

As práticas educativas em saúde, expressam ações que abrangem relações calcadas em práticas curativas, nem sempre consideram que diferentes sujeitos sociais portam diferentes saberes, ocasionalmente são práticas mediadas pela ação instrumental, e pouco fazem parte da rotina dos serviços¹.

Durante a formação de um médico, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina, vários conhecimentos se fazem necessários para adquirir competências e habilidades específicas. Dentre estas, destacamos a capacidade de informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação, objetivando a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva do futuro médico que irá atuar no sistema único de saúde².

Para uma atenção integral, os profissionais de saúde que atendem as mulheres grávidas devem considerar os diferentes aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais da comunidade, possibilitando adequação no planejamento e execução de ações educacionais³.

De 1990 a 2010, o país registrou uma redução da taxa de mortalidade materna em 52%, passando de 141 a cada 100 mil crianças nascidas vivas para 68 por 100 mil⁴. A diminuição foi significativa, mas ainda insuficiente para tirar o Brasil do ranking das nações com alto número de mortes durante a gravidez e o parto, que é cinco a dez vezes maior que o dos países ricos. A meta das Nações Unidas era de cerca de 35 para cada 100 mil até 2015. A queda deveria ter sido de aproximadamente 48% em quatro anos. O Brasil registra 68 mortes para cada 100 mil nascidos vivos⁵.

Não obstante a abrangência da assistência pré-natal ser praticamente universal no Brasil, sua adequação está comprometida por vários fatores, cerca de 60% das gestantes a iniciam tardiamente, após a 12ª semana de gestação, e realizam poucas consultas, menos de 6, que é o mínimo recomendado pelo ministério da saúde⁶.

Ademais, a assistência obstétrica e perinatal pode melhorar a qualidade de vida da mulher, fazendo valer sua cidadania. Assim, o fácil acesso à informações e conhecimentos sobre a saúde reprodutiva e seus direitos, e o incremento de ações públicas e programas que favoreçam o acesso aos serviços de saúde e às melhorias na qualidade da assistência no período da gestação, parto e puerpério, permitem à mulher, desenvolver sua gestação de forma sadia⁷.

Nota-se que o processo da doença e o adoecer é o foco a atuação do serviço público. Desta forma, a consulta pré-natal na atenção básica caracteriza-se quase sempre, na realidade brasileira, como um momento rotineiro, técnico, rápido sem oportunidades para compartilhar conhecimentos e experiências, cumprindo protocolos institucionais que valorizam aferições e medidas⁸.

Certamente as ações educativas durante o ciclo gravídico-puerperal, valorizam a compreensão do processo gestacional, sua evolução e preparam a mulher, seu companheiro e sua família, durante o pré-natal para o parto e puerpério. Quando os profissionais de saúde assumem a postura de educadores a condução do pré-natal é percebida de forma positiva e qualificada⁹.

Portanto, afim de favorecer a interação da equipe de saúde com a população em assistência, a utilização de um material educativo e instrutivo, facilita e uniformiza as orientações para o cuidado em saúde e tem se tornado prática habitual, a sua utilização em forma manuais, folhetos e cartilhas¹⁰.

Objetivo

Esta pesquisa teve como objetivo investigar desafios de discentes e gestantes na assistência pré-natal desenvolvida em um posto de saúde de uma universidade da região norte do Brasil. Mais também, dar início ao processo da construção de uma cartilha educativa destinada a este público.

Metodologia

Foram desenvolvidos dois questionários (Figuras 1 e 2) com orientação de especialistas em assistência pré-natal e perinatologia, compostos por questões abertas e fechadas, objetivando conhecer os desafios enfrentados pelas gestantes e discentes, envolvidos na assistência pré-natal do Posto de Saúde de uma Universidade da Região Norte do Brasil; e as suas sugestões para a construção de uma cartilha de pré-natal¹¹. Os questionários foram formatados em uma plataforma de pesquisas *on line*¹² e enviados por e-mail à 48 discentes e 45 gestantes.

Os sujeitos da pesquisa foram: os discentes da disciplina de obstetrícia, do 4º ano do curso de medicina, e as gestantes que estavam matriculadas no posto de saúde escola. Os participantes de ambos os grupos, que aceitaram participar da pesquisa, após os devidos esclarecimentos e orientações, leram e assinaram o termo de consentimento. Na sequência forneceram um endereço eletrônico. Recebemos 27 questionários dos

DISCENTES

1. Qual é a sua idade?

- ☐ DE 20 A 24 ANOS
- ☐ DE 25 A 29 ANOS
- ☐ De 30 a 35 ANOS

2. Qual é seu sexo?

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

3. Qual é sua maior dificuldade na anamnese de gestantes?

4. Em sua opinião, quais assuntos devem ser abordados em um manual de pré-natal?

- ☐ Os Exames do Pré-natal.
- ☐ O Desenvolvimento do bebê no 1º, 2º e 3º trimestres.
- ☐ Modificações Gravídicas
- ☐ Guia de Exercícios.
- ☐ Sinais de Trabalho de Parto.
- ☐ O Parto.
- ☐ Cuidados iniciais com o Bebê.
- ☐ Depressão Pós-Parto.
- ☐ Amamentação.
- ☐ O Puerpério.
- ☐ Orientação para Gestante Adolescente.
- ☐ Direitos da gestante.
- ☐ Orientações de Saúde Bucal.
- ☐ Orientações para Alimentação Saudável.
- ☐ Orientações para o Pai

5. Qual seria sua sugestão para melhorar comunicabilidade na Assistência pré-natal?

6. Se você fosse criar um material educativo para promoção da saúde das gestantes como seria?

Figura 1. Questionário dirigido aos Discentes.

GESTANTES**1. Qual sua idade**

- ☐ DE 10 A 14 ANOS
- ☐ DE 15 A 19 ANOS
- ☐ DE 20 A 24 ANOS
- ☐ DE 25 A 29 ANOS

2. Qual é a sua dificuldade na conversa com o médico (a) durante a consulta de pré-natal?**3. Escreva 3 dúvidas a respeito da gestação?****4. Escreva 3 dúvidas sobre a saúde do seu Bebê durante a gestação?****5. Selecione abaixo quais assuntos você tem mais dúvidas.**

- ☐ Os exames do pré-natal.
- ☐ O Desenvolvimento do bebê no 1º, 2º e 3º trimestres.
- ☐ Modificações Gravídicas.
- ☐ Guia de Exercícios.
- ☐ Sinais de Trabalho de Parto.
- ☐ O Parto.
- ☐ Cuidados iniciais com o Bebê.
- ☐ Depressão Pós-Parto.
- ☐ Amamentação.
- ☐ O Puerpério.
- ☐ Orientação para Gestante Adolescente.
- ☐ Direitos da gestante.
- ☐ Orientações de Saúde Bucal.
- ☐ Orientações para Alimentação Saudável.
- ☐ Orientações para o Pai

6. Descreva um perigo ou risco para sua saúde durante a gestação.**Figura 2.** Questionário dirigido às Gestantes.

discentes e 21 das gestantes, preenchidos corretamente, pois ao assim procederem, o retorno era automático.

As repostas abertas dos questionários foram submetidas à uma das ferramentas disponível na referida plataforma que utiliza a análise de conteúdo, retirando do texto analisado, palavras e expressões mais frequentes, dando origem às “categorias” que foram criadas em busca de significados inseridos nos contextos cultural e social dos pesquisados¹³. As respostas objetivas ou fechadas foram expostas a análise quantitativa e percentual.

As categorias e as respostas objetivas trabalhadas em ordem de frequência deram origem a um roteiro, utilizado como conteúdo da cartilha.

O projeto desta pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisas da referida universidade.

Resultados

Discentes

Oitenta e cinco por cento dos discentes encontrava-se na faixa de 20 a 25 anos, sendo cinquenta e oito por cento do sexo feminino.

Na pergunta sobre a maior dificuldade na anamnese com gestantes (Figura 3), a fala mais frequente dos discentes, foi a respeito da insegurança no roteiro da anamnese, e criamos a categoria “insegurança no roteiro” com 41% de frequência. Para estes graduandos a segunda situação de insegurança, seria as gestantes desconhecerem os riscos gestacionais, categoria “gestantes desconhecem” percentual de 26%. Cerca de 15% se diz embaraçado com os termos usados pelas gestantes ribeirinhas e interioranas, categoria “termos regionais”. Tem dificuldade de “obter informações” e de “esclarecer dúvidas” 7%. Refere não ter dificuldade alguma com a anamnese 7% dos discentes, (Gráfico 1). A solicitação dos exames específicos não causa dificuldade.

Na questão 4 foram elencados pelos especialistas, tópicos considerados importantes na assistência pré-natal e os discentes marcaram os que consideraram mais importantes para compor a cartilha de pré-natal (Tabela 1).

Para os discentes, os “exames de pré-natal” é o assunto mais importante a ser abordado no manual responsável por 26 marcações, isto é 96% do grupo. Depois surgem

Dificuldades de Discentes na Consulta de Pré-Natal		Categorias
1	Às vezes fico na dúvida de como orientar certas questões como, comer laranja da terra e de qual lado deve dormir.	Esclarecer dúvidas
2	As gestantes têm um certo preconceito com os estudantes, quando desenvolvemos a anamnese, é muito diferente do que com o professor, elas não referem as queixas, a gente é que tem que ficar perguntando.	Insegurança no roteiro
3	Minha maior dificuldade é com as orientações que nos são solicitadas. As grávidas têm dúvidas sobre ter relações e querem aprender a calcular a idade gestacional.	Esclarecer dúvidas
4	Nenhuma quanto à comunicação, mas sim pela ausência de orientação das grávidas do que exatamente elas dever ter cuidados durante a gestação, como os exames necessários para o adequado atendimento pré-natal.	As gestantes desconhecem
5	Direcionar as perguntas.	Insegurança no roteiro
6	Entender alguns termos como “dor na pente”.	Termos regionais
7	Conseguir as informações das gestantes sem tomar a consulta monótona e repetitiva.	Obter informações
8	Acho que as gestantes deveriam ser orientadas quanto à importância de terem noção sobre seu tempo de gravidez. Muitas desconhecem a última menstruação. Não trazem todos os exames.	As gestantes desconhecem
9	Obter informações sobre vacinação.	Obter informações
10	As gestantes sabem pouco sobre gravidez e sobre a sua gravidez.	As gestantes desconhecem
11	Bem, as grávidas não sabem responder. Seria bom se tivéssemos um treinamento. O que eu acho mais difícil é o fato de as grávidas não saberem referir suas queixas e muitas vezes elas usam termos que não conheço.	As gestantes desconhecem, insegurança no roteiro
12	Não consigo entender alguns termos que elas usam, como “dor na pente”.	Termos regionais
13	É interpretar os seus medos e angústias e traduzir em orientações e condutas adequadas.	Insegurança no roteiro
14	Obter os antecedentes gestacionais e sexuais para detectar presença de alguns fatores de risco, como aborto, DSTs, etc.	Insegurança no roteiro
15	Se as gestantes fossem melhor orientadas, seria mais simples, elas conseguiriam um melhor aproveitamento da consulta.	As gestantes desconhecem
16	Comunicação. Entender os termos regionais aplicados aos sinais e sintomas oriundos do estado gravídico, como “a criança dá carambola no xiri”.	Termos regionais
17	A gestante desconhece a importância dos exames e não os traz nas consultas. Elas desconhecem os cuidados com sua saúde, cada consulta é uma verdadeira aula, se quisermos um resultado satisfatório.	As gestantes desconhecem
18	A sequência correta e quais dados devem ser questionados	Insegurança no roteiro
19	Saber qual a melhor forma de abordar as questões de risco.	Insegurança no roteiro
20	Não tenho dificuldades.	Sem dificuldades
21	Às vezes fico em dúvidas com algumas expressões, tipo “como o menino malvido se acoca”.	Termos regionais
22	Colher a história mesmo, ter um seguimento em o que perguntar.	Insegurança no roteiro
23	Determinar a idade gestacional.	Insegurança no roteiro
24	A falta de conhecimento e interesse da gestante sobre sua própria saúde. Há desconhecimento por parte da gestante sobre o número de consultas, exames laboratoriais e de imagem, medicamentos e tratamentos e muitas vezes não carregam consigo documentos necessários (resultados de exames e laudos) que possam auxiliar o médico. Uma coleta de dados de qualidade torna-se inviável pela precariedade de informação coletada.	As gestantes desconhecem
25	Coletar história morbida pregressa.	Insegurança no roteiro
26	Não tenho.	Sem dificuldades
27	Em relação a certa vergonha em ser homem e fazer perguntas que são pessoais à mulher.	Insegurança no roteiro

Figura 3. Respostas abertas dos Discentes à questão 3 (Figura 1).

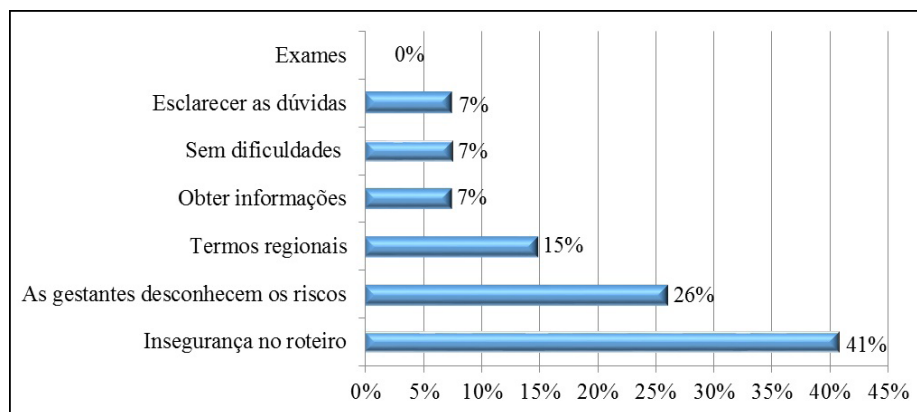


Gráfico 1. Dificuldades dos Discentes.

Tabela 1. Respostas dos Discentes à questão 4 (Figura 1), e das Gestante à questão 5 (Figura 2).

Opção de resposta	Discentes		Gestantes	
Os Exames do Pré-natal.	96%	26	52%	11
O Desenvolvimento do bebê no 1º, 2º e 3º trimestres.	59%	16	71%	15
Modificações Gravídicas	92%	25	76%	16
Guia de Exercícios.	70%	19	28%	6
Sinais de Trabalho de Parto.	92%	25	90%	19
O Parto.	66%	18	66%	14
Cuidados iniciais com o Bebê.	51%	14	52%	11
Depressão Pós-Parto.	40%	11	19%	4
Amamentação.	92%	25	52%	11
O Puerpério.	62%	17	23%	5
Orientação para Gestante Adolescente.	40%	11	23%	5
Direitos da gestante.	51%	14	42%	9
Orientações de Saúde Bucal.	37%	10	14%	3
Orientações para Alimentação Saudável.	92%	25	42%	9
Orientações para o Pai	70%	19	38%	8
Total de respondentes: 27 discentes, 21 gestantes	% de frequência	Nº de resposta	% de frequência	Nº de resposta

os questionamentos relacionados aos sinais e sintomas das “modificações gravídicas (92%). Daí os “sinais de parto” (92%).

Quanto as sugestões para melhorar a comunicabilidade com as gestantes (questão 5 - Figura1), a necessidade de oferecer orientações surge em suas respostas e criamos a categoria “orientar as gestantes” frequente em 33% das falas. Para os discentes as gestantes, não associam os sintomas aos riscos e eles acreditam que “ações educativas” poderiam ser uma solução, categoria com o percentual 18%. A “competência” e “cooperação” entre os membros da equipe de saúde, são sugestões, transformadas em categorias e presentes em 11% das respostas.

Nas categorias criadas pela análise de conteúdo das respostas dos discentes à 6ª questão (Figura 1), a opção “cartilha” foi a mais significativa, com 33% de frequência. Que segundo eles, deveria ser “ilustrada” e com “linguagem simples” em 19% das respostas. Ainda sugerem um “conteúdo informativo e didático” com 10% de frequência (Gráfico 2).

Vinte e oitos por cento das gestantes encontravam-se abaixo de 20 anos.

Em relação a maior dificuldade na consulta do pré-natal (Figura 4), 19% das gestantes diz que tem “vergonha” de fazer perguntas e a dificuldade de “lembrar

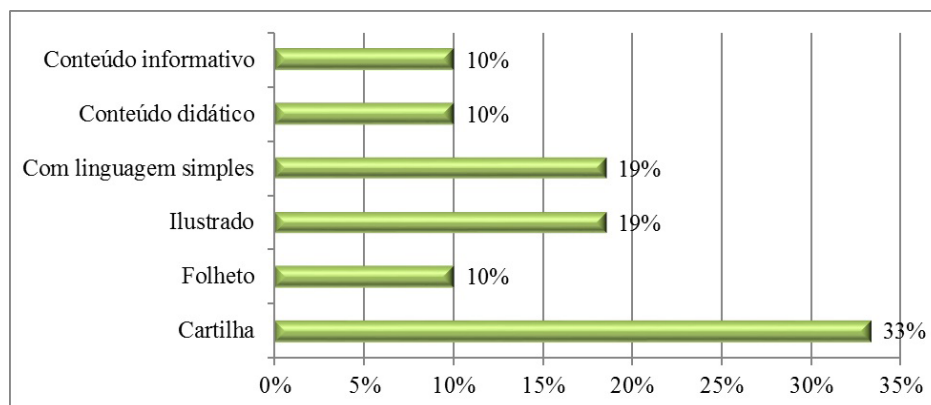


Gráfico 2. Sugestão para o material educativo – Discentes.

	Dificuldades na conversa com o médico do pré-natal	Categorias
1	Sempre esqueço o que quero falar e não entendo as contas.	Contas, Lembrar dúvidas
2	Não tenho.	Sem dificuldades
3	Não sei perguntar minhas dúvidas.	Não sei
4	Às vezes não sei perguntar o que é importante.	Não sei
5	Quero saber muitas coisas, mas esqueço de perguntar.	Lembrar dúvidas
6	Não entendo as contas	Contas
7	Lembrar todas as dúvidas, quando chego em casa lembro.	Lembrar dúvidas
8	O tempo é pouco.	Pouco tempo
9	Às vezes eu esqueço as perguntas.	Lembrar dúvidas
10	Não sei direito, tenho um pouco de vergonha.	Vergonha
11	Quero perguntar sobre meu marido e tenho vergonha.	Vergonha
12	Eles estão sempre querendo perguntar e a gente tem que responder, mas se a gente pergunta eles dizem que tudo é normal.	Tudo é normal?
13	Eu não entendo muito bem por que tenho que fazer exame de urina se não estou sentindo nada. Às vezes quero perguntar do meu marido e tenho vergonha.	Vergonha
14	Não houve dificuldade.	Sem dificuldades
15	Fazer as perguntas de forma correta.	Vergonha
16	Não tenho dificuldades durante a consulta.	Sem dificuldades
17	Achar que estou tomando muito o tempo do profissional com perguntas que ele (a) pode considerar muito elementares ou sem importância.	Pouco tempo
18	Fazer perguntas com respeito de relações sexuais durante a gravidez, e como é realização de exames físicos pelo médico.	Dúvidas
19	A inexperience da primeira gravidez.	Dúvidas
20	Controlar a ansiedade, pois gostaria de ter certeza de que está tudo bem, pois o profissional da área de saúde encara com normalidade as mesmas situações que a gestante encara com medos e dúvidas.	Tudo é normal?
21	Não tenho dificuldade em me expressar.	Sem dificuldades

Figura 4. Respostas abertas das Gestantes à questão 2 (Figura 2).

as dúvidas. Duas categorias adicionais foram criadas “não sei” (14%) e “dúvidas” (10%), embora as falas sejam muito parecidas, essas palavras se repetiam e traduziam a frequência com que as gestantes saíam da consulta sem os devidos esclarecimentos. Outras consideraram que têm “pouco tempo” (10%) e algumas se queixaram de que “tudo é normal” (10%), para o médico, quer dizer, não ficaram satisfeitas com a explicação (Gráfico 3).

A preocupação com o risco gestacional, observada na questão 3 (Figura 2), está presente em 48% da fala das gestantes. Foram criadas nove categorias para analisar esta questão, a segunda categoria mais frequente diz respeito às dúvidas em relação aos “sintomas” (43%), próprios das modificações e adaptações gravídicas e aos relacionados com patologias de riscos, como a pré-eclâmpsia, que aparece como “albumina” (10%).

A categoria “trabalho de parto” foi criada para representar as dúvidas quanto aos sinais e sintomas que prenunciam o parto e está presente em 33%, seguem-se as questões

com o “bem-estar fetal” (29%), preocupação constante das gestantes, representa sua angustia em identificar algum problema com o seu bebê. Em percentuais próximos, as categorias, “sexo” (24%), “alimentação” (24%) e “exames” (19%). Em “hábitos e cuidados” (10%), estão as dúvidas com cuidados odontológicos, atividades físicas e laborativas e cuidados com a beleza, pele e cabelos (Gráfico 4).

As dúvidas em relação à saúde do bebê (questão 4, Figura 2), aparecem em falas que começam a se repetir, como as questões categorizadas pelos autores como “bem-estar fetal”, com 86% de ocorrência em seus discursos, fenômeno chamado de saturação de respostas, demonstrando que o questionário está exaurindo as questões relacionadas às dúvidas, que as gestantes revelam sobre o ciclo grávido-puerperal. Destacamos, duas categorias, “contas” (10%) que são as dúvidas com o cálculo da idade gestacional e quais as diferenças entre os “tipos de parto” (5%), normal ou cesárea que serão incluídas na cartilha por orientação dos especialistas (Gráfico 5).

Para as gestantes, o assunto mais destacado (questão 5, Figura 2), foi “sinais de trabalho de parto” assinalado por 19 gestantes, 90% de frequência, e sugere o medo da dor e a preocupação com o reconhecimento dos sinais que o identificam. Seguido de “modificações gravídicas”, importante para 76% das gestantes e o “desenvolvimento do Bebe” em 71%.

Chama atenção, que o assunto “amamentação”, apareça com 53% de frequência, mesmo percentual de “cuidados iniciais com o bebê”. Os assuntos “direitos das gestantes” e “orientações para os pais”, aparecem com 43% e 38% das opções (Tabela 1).

Solicitamos às gestantes que citassem riscos gestacionais (questão 6, Figura 2), e assim foi possível observar a importância que conferem a cada patologia. A doença

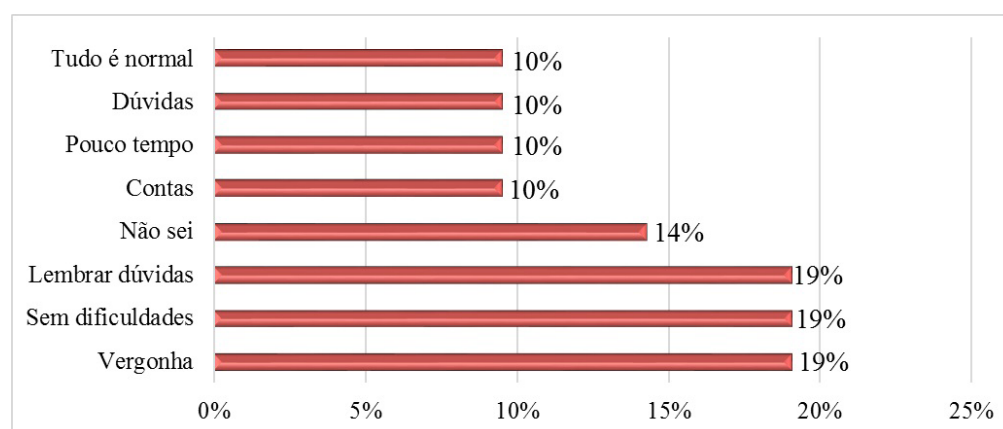


Gráfico 3. Dificuldade na consulta do pré-natal – Gestantes.

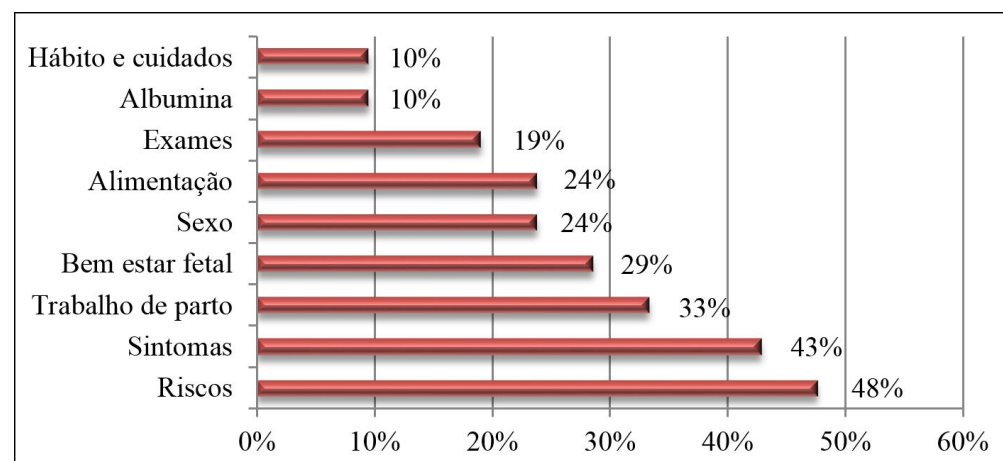


Gráfico 4. Dúvidas a respeito da gestação – Gestantes.

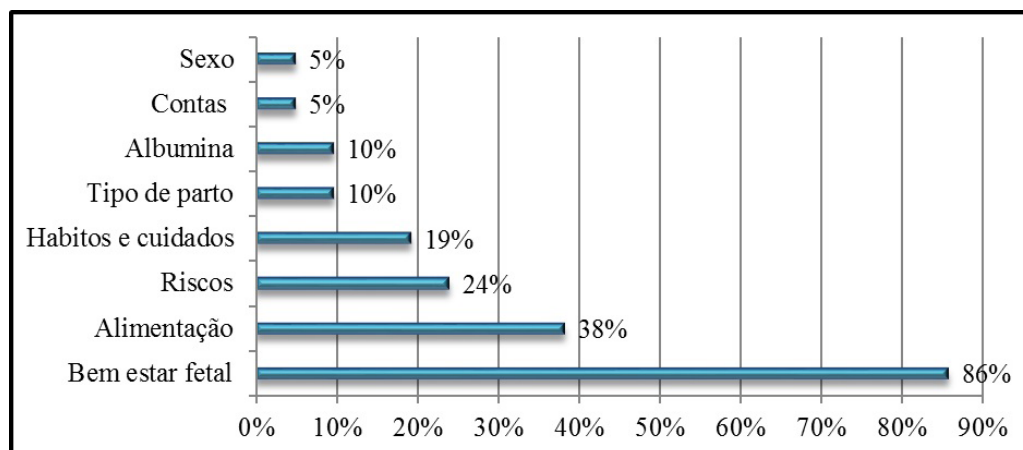


Gráfico 5. Dúvidas sobre a saúde do seu bebê durante a gestação.

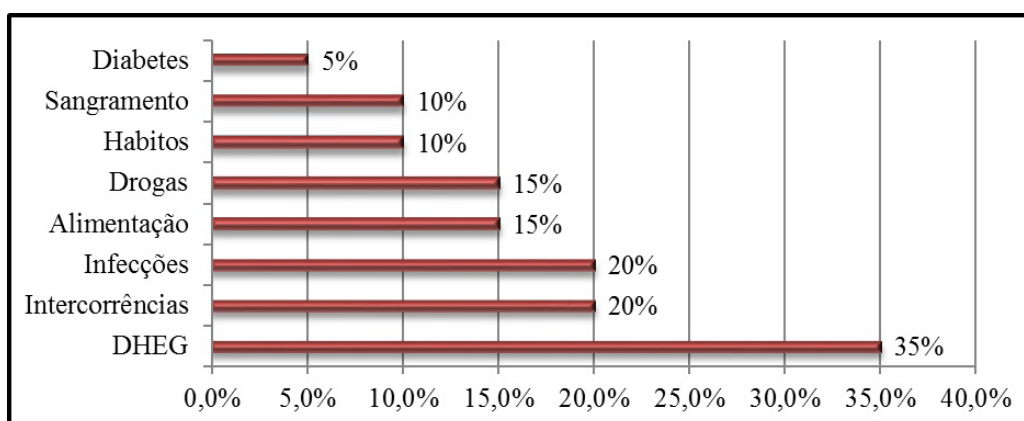


Gráfico 6. Riscos para a saúde materna – Gestantes.

hipertensiva específica da gestação, categoria “DHEG” é novamente citada, agora com 33% de frequência e aparece por meio de expressões como pressão alta, hipertensão e albumina. Já o “diabetes” gestacional, não preocupa as gestantes com 5% de frequência (Gráfico 6).

Discussão

A idade média dos discentes, localizou-se na faixa de 20 a 25 anos, dado que corresponde com a média nacional de alunos do curso de medicina em torno do quarto ano. A presença do sexo feminino é ligeiramente superior, tendência que observamos há alguns anos, e que está em concordância com o Censo da Educação Superior de 2016¹⁴.

A insegurança com o roteiro, objetivamente declarada, e por tal, a dificuldade em conduzir a entrevista é o grande desafio dos discentes. Esse complexo contratempo é esperado, por ser este o período do curso de medicina em que os alunos, embora sob a supervisão de professores, ficam responsáveis pela anamnese do pré-natal. Por conseguinte, esperam que as gestantes exponham suas queixas, como o fazem a clientela dos demais ambulatorios. Tal condição se explica, pelo recente convívio com as particularidades da assistência pré-natal e com o roteiro da anamnese¹⁵.

O embaraço com os termos regionais é um dado particular de nossa região, causado pelas longas distancias entre os municípios e grande diferença de condições socioeconômica entre as comunidades e a capital. É comum entre os jovens a aceitação

ou não da fala do outro, embora sejam da mesma região, alguns não se identificam com o modo de falar e não se associam¹⁶.

A solicitação dos exames específicos não causa transtornos, isso porque quase todos já têm conhecimento dos exames a serem solicitados na assistência pré-natal. A necessidade e a dificuldade em fornecer orientação às gestantes, provavelmente é a condição geradora da angústia que faz os discentes responsabilizarem as gestantes por não serem capazes de identificar os sinais e sintomas associados aos agravos.

Menos de um décimo dos discentes disseram não ter dificuldade alguma.

No desenrolar do curso de medicina os discentes vão compreendendo os aspectos culturais de cada grupo e com o relacionamento e a troca de saberes vão adquirindo habilidades para conduzir a anamnese tal como uma conversa, sem esquecer de adaptar a esta, seus aspectos técnicos inerentes e fundamentais para a condução do diagnóstico e orientação adequada àquela população a que o cuidado se dedica¹⁷.

Os graduandos vão adquirindo uma visão mais humanística e passam a enxergar a mulher grávida e não só a gravidez. Esse é um processo natural da formação médica dos cursos de medicina baseados em metodologias tradicionais¹⁸.

Atualmente a Universidade onde foi realizada esta pesquisa adotou as metodologias ativas e o plano de ensino do curso de medicina, desde 2015, já está baseado nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina².

Ao perguntamos aos discentes quais os assuntos eles consideravam mais importantes na composição do manual de pré-natal, obtivemos um roteiro da importância que cada assunto deveria ter na composição do material. Essa pergunta foi feita às gestantes e os resultados são importantes para que percebamos seu conhecimento sobre os riscos gestacionais e seu verdadeiro interesse por sua saúde, além dificuldade de correlacionar os sintomas às doenças e de detectar o início e a importância desses¹⁹.

Para melhorar a comunicabilidade os discentes sugerem que orientar as gestantes é o mais importante. Em seguida, apontam a cartilha para esse fim. Aqui aparece um dado novo, a competência e a cooperação dos membros da equipe de saúde, Interessante, quando são incitados a sugerir formas de melhorar a comunicação, a dificuldade e a insegurança no roteiro aparecem discretamente, provavelmente porque quando estas surgem nas suas falas é de maneira menos consciente do que quando organizam seus pensamentos para sugerir melhoras, o que é natural, pois a sugestão é uma oferta, uma contribuição pessoal, por isso o sujeito que fala tenta fazê-lo de forma mais eloquente, para demonstrar seus conhecimentos. Já quando expostos aos pensamentos de dificuldades, as emoções surgem e aparecem a insegurança e os desafios.

Na sugestão para um material educativo os discentes apontam o tipo cartilha como a opção mais significativa. A cartilha será construída como um manual de pré-natal, que segundo eles, deverá ser ilustrado, com linguagem simples, conteúdo informativo e didático, sugestões encontradas em estudo semelhante que deu origem a cartilha atualmente em uso pela prefeitura de São Paulo²⁰.

Enquanto nos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de 2000 a 2014 observa uma queda na faixa etária abaixo de 20 anos, observamos que estamos acima da média nacional, inclusive quando comparamos com outros estudos como o de Gomes e César²¹, em Porto Alegre, região sul, e com outras séries significativas como apresentadas por Anversa et al.²² com mais de 700 mulheres avaliadas, também na região sul do Brasil. Região que, segundo os dados do SINASC teve a maior redução das taxas de fecundidade do país. Ao contrário da região norte que também caiu, mas mantém-se acima da média nacional, sendo ainda a única região em que a taxa de reposição de indivíduos está positiva²³. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o SISNAC foi desativado em 2015, pela Casa Civil da Presidência da República

Ao comparamos com estudos da região com melhor renda *per capita* do país, a região sudeste, a faixa abaixo de 20 anos representa menos de 10%. Porém quando vamos



buscar estudos correlatos no estado do Pará, observamos a significância dessa faixa etária como refere Mainardi. Na pesquisa nacional denominada “Nascer no Brasil” com uma amostra de 23.940 mulheres entrevistadas em 191 diferentes municípios do Brasil, a média nacional de gestantes abaixo de 20 anos foi de 19%, porém na região norte este índice chegou a 27%, portanto os dados encontrados na presente pesquisa estão de acordo com a literatura consultada²⁴.

Para as gestantes o desafio a ser enfrentado durante a conversa com os discentes e os médico do pré-natal, está relacionado com vergonha de fazer perguntas e a dificuldade de lembrar as dúvidas, mostrando que ficam inibidas, e pouco à vontade para perguntar sobre sexo e sobre o marido, ansiosas esquecem o que perguntar, vão lembrar apenas quando chegam a suas casas, lugar seguro. Se lermos atentamente as outras falas, mesmo estando em outras categorias são muito semelhantes, as gestantes sentem dificuldade em colocar suas dúvidas e angústias; algumas se preocupam em estar tomando o tempo do profissional, consideram que têm pouco tempo, e outras ainda se queixam de que tudo é normal para o médico, quer dizer, não ficaram satisfeitas com a explicação.

Conseguimos durante as análises de conteúdo enxergar o desafio na comunicação dos grupos. As gestantes querem mais atenção, mais tempo, precisam sentir-se seguras para lembrar as dúvidas e perguntar sobre questões íntimas aos profissionais de saúde; e nós, sempre tão preocupados com os riscos e agravos, por vezes oferecemos menos espaço para as questões pessoais, pois ainda “ouvimos” muito a gravidez e escutamos pouco a gestante²⁵.

Nas questões sobre dúvidas, saúde do Bebê e riscos gestacionais coletamos os saberes e questionamentos importantes para adequar e regionalizar o manual para as necessidades dos sujeitos pesquisados. As dúvidas sobre práticas e cuidados visam diminuir os riscos durante o ciclo grávido-puerperal, preservando a saúde da mãe e do feto. Nossa sociedade atribui a mulher esta responsabilidade. Se algum risco atingir seu filho ou a ela mesma, é considerado que a gestante deixou de realizar alguma prática necessária durante a gestação, daí a importância dentro da assistência pré-natal, de materiais que possam auxiliá-la nesta tarefa²⁶.

Conclusões

Concluem os autores que os desafios apresentados pelos discentes, fazem parte da curva de aprendizagem, e os dados encontrados na literatura são semelhantes a outros, em cursos de medicina que adotam a metodologia tradicional, cuja qual, o aluno só terá contato com essa clientela específica após as disciplinas básicas. Todavia, o embaraço com os termos regionais, ressalta a importância em conhecer os costumes da população atendida.

O desafio para as gestantes, reflete o atual modelo de atendimento na área da saúde: poucos profissionais para uma demanda em expansão e o foco da consulta direcionado à doença, provocando a inibição e dificuldade para exposição de suas principais dúvidas, que estão relacionadas aos sinais do parto e modificações gravídicas.

As dúvidas e sugestões e apresentadas por ambos os grupos, serão contempladas na cartilha e ajudarão a criar um material educativo personalizado, com objetivo de melhorar a dinâmica da assistência pré-natal.

Referências

1. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011;16(1):319-325. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>.
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. *Diário*



- Oficial da União [Internet]. Brasília, DF, 23 jun. 2014 [citado em 2016 Dez 12]; Seção 1. p. 8-11. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>
3. Duarte SJH, Andrade SMO. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. *Saúde Soc.* 2008;17(2):132-39. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200013>.
 4. Diniz SGG. Maternal health and the perinatal paradox. Ver *Tempus Actas de Saúde Col* [Internet]. 2010 [citado em 2016 Nov 11];4(4):49-59. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/833/796>
 5. Agência Brasil. Brasil precisa avançar na redução da mortalidade materna, dizem especialistas [Internet]. Empresa Brasil de Comunicação; 2011 [citado em 2016 Jan 10]. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2011-05-11/brasil-precisa-avancar-na-reducao-da-mortalidade-materna-dizem-especialistas>
 6. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, editores. Sumário executivo temático Nascer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): CCI/ENSP – Fiocruz; 2012 [citado em 2015 Jan 10]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>
 7. Silveira IP, Campos ACS, Carvalho FAM, Barroso MGT, Vieira NFC. Ação educativa à gestante fundamentada na promoção da saúde: uma reflexão. *Esc Anna Nery.* 2005;9(3):451-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452005000300013>.
 8. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2010;10(3):359-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000300009>.
 9. Duarte SJH, Andrade SMO. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. *Saúde Soc.* 2008;17(2):132-39. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200013>.
 10. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Simple Put: A guide for creating easy-to-understand materials. 3th ed. Atlanta (GA): Strategic and Proactive Communication Branch; 2009. p. 39-42 [citado em 2015 Jan 10]. Disponível em: http://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/Simply_Put.pdf
 11. Manzato A, Santos AB. A elaboração de questionários na pesquisa qualitativa. São Paulo (SP): Ibilce, UNESP; 2003. [citado em 2015 Jan 10]. Disponível em: <http://paginapessoal.utfpr.edu.br/lilianvismara/be16c-bioestatistica/a-elaboracao-de-questionarios-na-pesquisa-quantitativa/A%20ELABORACAO%20DE%20QUESTIONARIOS%20NA%20PESQUISA%20QUANTITATIVA.pdf/view>
 12. SurveyMonkey [página da Internet]. SurveyMonkey; 2015 [citado em 2015 Jan 10]. Disponível em: <http://www.surveymonkey.com>
 13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo (SP): Edições 70; 2011.
 14. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP). Censo da educação superior [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2016 [citado em 2016 Dez 10]. Disponível em: <http://www.censosuperior.inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior>
 15. Fernandes ACUR, Costa DDO, Silva MP, França DB Jr, Martins JJR, Moreira JCR, editores. O acompanhamento da gestante: questões da prática assistencial para médicos. São Luis (MA); Universidade Aberta do SUS/UNA-SUS; 2017 [citado em 2017 Fev 20]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7845?show=full>
 16. Amaral MP, Cordoba AS. Atitudes linguísticas de universitários da FURG sobre o discurso dos outros. *ReVEL* [Internet]. 2016 [citado em 2016 Dez 10];14(13):62-71. Edição Especial. Disponível em: www.revel.inf.br
 17. Silva GBD Jr., Duarte RDP, Menezes AR, Moraes AP, Alves AM, Daher EDF. Percepção dos pacientes sobre aulas práticas de medicina: uma outra auscultação. *Rev Bras Educ Med.* 2014;38(3):381-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000300013>.
 18. Rios IC. Subjetividade contemporânea na educação médica: a formação humanística em medicina [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010 [citado em 2015 Mar 10]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-27082010-143815/>
 19. Sanfelice C. Tem que se cuidar: saberes e práticas de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/RS [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2011 [citado em 2015 Jan 10]. Disponível em: http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde_arquivos/33/TDE-2012-09-11T084638Z-3661/Publico/SANFELICE,%20CHEILA.pdf
 20. Reberte LM. Celebrando a vida: construção de uma cartilha para promoção da saúde da gestante. [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2008. [citado em 2015 Jan 10]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-05052009-112542>
 21. Gomes RMT, César JA. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013;8(27):80-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(27\)241](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(27)241).
 22. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2012;28(4):789-800. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011 [citado em 2015 jan 15]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/Consolida_Sinasc_2011.pdf
 24. Lansky S, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(1 Supl):192-07. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>.
 25. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2010;10(3):359-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000300009>.
 26. Sanfelice C, Stumm KE, Ressel LB, Flores LP. Crenças e práticas do período gestacional: uma revisão integrativa. *Saúde.* 2013;39(2):35-48. <http://dx.doi.org/10.5902/223658345524>.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram do planejamento e execução do trabalho.

Avaliação formativa sob a ótica do tutor

Formative evaluation under the optics of the tutor

Marcia Bitar Portella¹, Lidiane da Silva Sabathe¹, Jade Beatriz Iwasaka-Neder¹,
Pedro Luis Iwasaka-Neder¹

¹ Universidade do Estado do Pará, Belém (PA), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar o processo de avaliação formativa do estudante de medicina, realizado pelo docente, nas sessões tutoriais, em duas Instituições de Ensino Superior. **Métodos:** Pesquisa quantitativa, analítica e transversal. Trinta e cinco tutores participaram da pesquisa realizada em duas Instituições de Ensino Superior. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário com questões objetivas. **Resultados:** A maioria dos tutores acredita no potencial da avaliação formativa. Julga alcançar seus objetivos (identificar as dificuldades - 91,4%; apresentar as dificuldades - 77,1%; sugerir estratégias para superação de dificuldades - 71,4%; avaliar de forma contínua e progressiva - 94,2%), contribuindo com o desenvolvimento do aluno (88,5%) e procura manter-se atualizada, participando de capacitações (97,1%) e trocando experiências com os colegas (97,1%). Consideram-se capacitados (60%) ou apenas parcialmente capacitados (40%), tendo dúvidas quanto a sua subjetividade (62,8%), imparcialidade (42,8%), coerência (40%) e quanto à efetividade do processo (22,8%). Muitos tutores (54,2%) acreditam que os alunos não compreendem/aceitam totalmente a avaliação formativa. **Conclusão:** A maioria dos tutores acredita no potencial da avaliação formativa, porém, ainda há muitos desafios a serem superados, o que os leva a nem sempre sentirem-se seguros ao dar o feedback. Esta pesquisa contribui com a superação destes desafios, ao possibilitar uma maior compreensão dos fatores dificultadores e apontar novos rumos a serem seguidos. Pesquisas que avaliem as dificuldades dos alunos neste processo são necessárias à definição de estratégias mais abrangentes.

PALAVRAS-CHAVE: Educação médica. Aprendizagem baseada em problemas. Feedback formativo. Tutoria.

ABSTRACT

Objective: To analyze the process of formative evaluation of the medicine student, conducted by the teacher, in the tutorial sessions, in two Institutions of Higher Education. **Methods:** Quantitative, analytical and cross-sectional research. Thirty-five tutors participated in the research conducted in two Higher Education Institutions. The data collection was performed through the application of a questionnaire with objective questions. **Results:** It was observed that the majority believes in the potential of formative evaluation. (to identify difficulties - 91.4%, to present the difficulties - 77.1%, to suggest strategies for overcoming difficulties - 71.4%, to evaluate continually and progressively - 94.2%), contributing to student development (88.5%) and seeking to keep updated by participating in trainings (97.1%) and exchanging experiences with colleagues (97.1%). They are considered to be trained (60%) or only partially qualified (40%), having doubts about their subjectivity (62.8%), impartiality (42.8%), coherence (40%) and the effectiveness of the process (22.8%). Most of the teachers (54.2%) believe that the students do not fully understand / accept the formative evaluation. **Conclusion:** Most tutors believe in the potential of formative assessment, however, there are still many challenges to be overcome, which leads them to not always feel secure in giving feedback. This research deals with overcoming these challenges, by allowing a greater understanding of the factors that make it difficult and pointing out new directions to be followed. Research that evaluates students' difficulties in this process is necessary to define more comprehensive strategies.

KEYWORDS: Medical education. Problem-based learning. Formative feedback. Mentoring.

Recebido: Ago. 13, 2017

Aceito: Nov. 20, 2017

COMO CITAR ESTE ARTIGO

Portella MB, Sabathe LS, Iwasaka-Neder JB, Iwasaka-Neder PL. Avaliação formativa sob a ótica do tutor. Interdisciplinary Journal of Health Education. 2017 Jan-Jul;2(1):45-53. <http://dx.doi.org/10.4322/ijhe.2016.028>

CORRESPONDÊNCIA

Marcia Bitar Portella
Faculdade Metropolitana da Amazônia
Av. Visc. de Souza Franco, 72, Reduto,
CEP 66053-000, Belém (PA), Brasil
marciabitar@gmail.com

FONTE DE FINANCIAMENTO

Bolsa PROPESP/UEPA para
Lidiane da Silva Sabathe.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não
haver conflitos de interesse.

O estudo foi realizado na
Universidade do Estado do Pará
e na Faculdade Metropolitana da
Amazônia, Belém (PA), Brasil.

Este trabalho é resultado de dissertação
de Mestrado de Ensino em Saúde
de Lidiane da Silva Sabathe, sob
orientação de Dra. Marcia Bitar Portella.

Todos os autores leram e aprovam
a versão final submetida ao
Interdisciplinary Journal of
Health Education (IJHE).

Introdução

O processo de avaliação é considerado uma das dimensões estratégicas para a mudança na educação médica, juntamente com a docência, a gestão acadêmica e o processo de ensino-aprendizagem¹. Não se pode realizar maiores reformas pedagógicas sem levar em conta os sistemas e as práticas de avaliação, sem integrá-los à reflexão e modificá-los simultaneamente².

Mudanças vêm sendo implantadas visando nos auxiliar na árdua tarefa de formar médicos aptos a atender aos desafios da sociedade atual, que a cada dia exige mais da classe médica³. Elas devem ser feitas levando-se em consideração as especificidades dos estudantes da geração atual³, a chamada “Geração Y”, composta por jovens que, por já terem nascido imersos em tecnologia, viverem conectados e usufruírem de acesso instantâneo à informação, são mais críticos e questionadores, e exigem relacionamentos francos e diretos⁴.

O processo de avaliação deve ser abrangente e variado o suficiente para contemplar as diversas competências esperadas do médico, que são amplo conhecimento científico; habilidade para cuidar do paciente com compaixão e afetividade; busca de melhora contínua em seu atendimento, a partir da autoavaliação constante e busca do aprendizado ao longo de toda a vida; habilidades de comunicação com paciente, familiares e outros profissionais; profissionalismo, demonstrado pela integridade e respeito ao próximo e capacidade de utilizar, de maneira eficaz, os recursos do sistema de saúde^{5,6}.

Após extensas discussões com variados setores da sociedade, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina (DCNCM) vieram nortear as mudanças necessárias e estabelecem que o processo de avaliação deva ter como objetivo construir e ressignificar saberes, requerendo “maior horizontalização, ação cooperativa, solidária e ética, postura ativa, crítica e reflexiva, além do desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender, de identificar os próprios valores e de abrir-se para a superação de limites e constrições”⁷.

Neste contexto, a avaliação formativa – que se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do aluno, permitindo a identificação de dificuldades e a busca de soluções ao longo de todo o percurso, e não apenas ao seu final, estimulando a atuação do aluno como sujeito de sua avaliação e tornando-o consciente do desenvolvimento de sua aprendizagem⁸ – tem sido considerada uma fundamental complementação à avaliação somativa⁹.

No entanto, apesar de todo este potencial, seu estabelecimento não tem ocorrido com a fluidez e celeridade desejadas. Docentes, discentes e até mesmo instituições ainda demonstram desconforto e insegurança com sua prática. A capacitação ausente ou insipiente, por um lado, e a resistência em aceitar novas práticas, por outro, cria intensos desafios⁹.

Os enormes benefícios propiciados pela avaliação formativa, bem como as dificuldades em sua realização, despertaram o interesse para estudo deste tema, pois uma maior compreensão de seus fatores dificultadores pode contribuir com a mudança deste cenário, ao apontar novos rumos a serem seguidos, permitindo que docentes e discentes possam aproveitar ao máximo todo o potencial desta metodologia, que permite avaliações de qualidade, oportunas e orientadoras, sendo auxiliares legítimas da construção do conhecimento em aspecto amplo – não apenas dos conteúdos propriamente ditos, mas também, de posturas e atitudes.

Portanto, este estudo tem como objetivo analisar o processo de avaliação formativa do estudante de medicina, realizado pelo docente, nas sessões tutoriais, em duas Instituições de Ensino Superior (IES); conhecer as concepções dos tutores sobre avaliação formativa e investigar as possíveis dificuldades técnicas do professor no processo de avaliação formativa na sessão tutorial.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, realizada por meio de um estudo analítico e transversal, realizada em duas IES, localizadas na cidade de Belém, no estado do Pará, sendo uma pública (IES 1) e uma privada sem fins lucrativos (IES 2). Os participantes da pesquisa foram os professores que atuavam nas sessões tutoriais dos dois referidos cursos. A seleção da amostra foi feita por convite direto da pesquisadora aos professores, nas IES. Todos os tutores que desejassem participar poderiam ser incluídos na pesquisa (amostra aleatória simples). De um universo de 48 tutores, 35 aceitaram participar da pesquisa. Critérios de inclusão: Exercer a função de tutor nas sessões tutoriais e aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi autorizada pelos coordenadores de cursos das duas IES e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, obedecendo à resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde pelo número CAAE: 66959517.0.0000.5701. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário com questões objetivas, onde o entrevistado tinha a possibilidade de justificar sua resposta, e ocorreu em maio de 2017. Os questionários foram entregues aos tutores nas salas dos professores ou nas salas de tutorias e, posteriormente, foram devolvidos aos pesquisadores nestes mesmos locais, ou entregues na sala da coordenação dos cursos. Três questionários foram enviados e recebidos via e-mail. Foi realizado um estudo piloto com seis tutores, sendo detectada a necessidade de realizar mudanças na redação de algumas perguntas, e adequou-se o questionário, de forma que pudesse responder aos objetivos da pesquisa. A análise estatística foi realizada através do teste Qui-Quadrado ou G (aderência), sendo que resultados com $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados

Foram entrevistados 35 tutores das duas IES. Destes, 34 (97,14%; $p < 0,05$) afirmaram ter participado de capacitação em tutoria, porém, somente 21 (60%) consideram-se capacitados e 14 (40%) consideram-se apenas parcialmente capacitados a realizar a avaliação formativa ($p > 0,05$).

A maioria dos docentes tem o hábito de trocar informações sobre avaliação formativa com outros tutores (97,1%; $p < 0,05$), considera-se comprometida com o processo de avaliação (82,8%; $p < 0,05$) e acredita estar contribuindo com o desenvolvimento do aluno (88,5%; $p < 0,05$).

Muitos julgam alcançar os objetivos da avaliação formativa – identificar (91,4%; $p < 0,05$) e apresentar (77,1%; $p < 0,05$) as dificuldades dos alunos, sugerir estratégias para sua superação (71,4%; $p < 0,05$) e avaliar de forma contínua e progressiva (94,2%; $p < 0,05$), dados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Concepções dos tutores quanto ao alcance dos objetivos da avaliação formativa. Belém/PA, 2017.

Você consegue alcançar os objetivos da avaliação formativa, em sua tutoria?	a		b		c		d	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	32	91,43	27	77,14	25	71,43	33	94,29
Não	0	0,00	2	5,71	2	5,71	1	2,86
Parcialmente	3	8,57	6	17,14	8	22,86	1	2,86
P-Valor	0,0000*		0,0000*		0,0000*		0,0000*	

Item (a) Identifica as dificuldades do aluno, de forma individualizada; Item (b) Apresenta ao aluno suas dificuldades, de forma individualizada; Item (c) Sugere ao aluno, estratégias para superação de suas dificuldades, de forma individualizada; Item (d) Avalia o aluno de forma contínua e progressiva, pontuando sua evolução; * $p < 0,05$. Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Tabela 2. Concepções dos tutores quanto aos desafios pessoais na avaliação formativa. Belém/PA, 2017.

Você considera desafios pessoais, na avaliação formativa?	a		b		c		d		e	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	22	62,86	15	42,86	14	40,00	13	37,14	8	22,86
Não	4	11,43	11	31,43	13	37,14	12	34,29	15	42,86
Parcialmente	8	22,86	8	22,86	7	20,00	9	25,71	12	34,29
Não Informado	1	2,86	1	2,86	1	2,86	1	2,86	0	0,00
P-Valor	0,0000*		0,0070*		0,0060*		0,0170		0,3470	

Item (a) A subjetividade do processo; Item (b) Manter a imparcialidade; Item (c) Ser coerente; Item (d) Ter segurança e tranquilidade ao realizar a devolutiva; Item (e) Suas dúvidas quanto à efetividade do processo; * $p < 0,05$. Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Tabela 3. Concepções dos tutores quanto à compreensão/aceitação, pelo aluno, da avaliação formativa. Belém/PA, 2017.

Na sua visão, o aluno compreende/aceita a avaliação formativa?	n	%	P-Valor
Sim	14	40,00	0,0010*
Não	2	5,71	
Parcialmente	19	54,29	

* $p < 0,05$. Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Desafios pessoais são frequentes (Tabela 2), havendo dúvidas quanto a sua subjetividade (62,8%; $p < 0,05$), imparcialidade (42,8%; $p < 0,05$), coerência (40%; $p < 0,05$) e quanto à efetividade do processo (22,8%; $p > 0,05$). A Tabela 3 mostra que também é significativo o percentual de docentes que acredita que os alunos não compreendem/aceitam totalmente a avaliação formativa (54,2%; $p < 0,05$).

O tempo que destina à avaliação formativa foi considerado adequado por 74,29% ($p < 0,05$) dos tutores.

Discussão

Uma avaliação bem feita, com a oferta de um feedback bem realizado, tem enorme impacto no desenvolvimento do aluno¹⁰, contribuindo com a aquisição e melhoria de competências¹¹. Porém, a avaliação formativa consiste em processo complexo, que é parte de uma interação social influenciada por cultura, valores, expectativas, histórias pessoais, grau de relacionamento e poder, sendo considerada um grande desafio¹². Por isso, apesar de 97% dos entrevistados afirmarem ter participado de alguma capacitação em tutoria, 40% dos tutores sentem-se apenas parcialmente capacitados para realizar a avaliação formativa.

Lefroy et al.¹² concordam que fornecer um bom feedback não é tarefa fácil, pois ele pode ser visto como uma oportunidade, mas também como uma ameaça, tanto por alunos como por professores. Johnson et al.¹³, ao revisarem a literatura, também identificaram desconforto durante o processo avaliativo, quando professores referiram medo de afetar a autoestima do aluno e desencadear uma resposta defensiva, prejudicando a relação. Isto os leva, muitas vezes, a considerarem-se malvados.

A falta de capacitação docente é um dos maiores dificultadores da implantação de metodologias ativas de ensino, como a avaliação formativa, pois muitas escolas médicas realizaram suas reformas curriculares com pouco investimento neste aspecto¹⁴⁻¹⁶. Além da participação em cursos, o tutor também pode manter-se capacitado e melhorar

suas habilidades de dar feedback através da reflexão, ao final de cada sessão, sobre seu desempenho na avaliação, questionando-se sobre o que fez bem, o que pode melhorar e quais estratégias podem ser utilizadas nas próximas sessões¹⁷.

A troca de experiência com outros tutores, que costuma ser realizada por quase todos os entrevistados (97,14%), enriquece esta reflexão, bem como estar aberto para receber feedback de seus alunos, colegas e superiores. Uma interessante forma de realizar esta troca de experiências é participar, como observador, do momento da avaliação realizada por outro colega, para posterior discussão. Leitura de artigos sobre o tema também é uma estratégia útil¹⁷.

Outro fator que influencia a qualidade da avaliação formativa é o compromisso que o tutor assume com o processo. Apesar de a maioria dos entrevistados considerar-se comprometida, 17,14% afirmam comprometer-se apenas parcialmente. Fonseca et al.¹⁸ destaca que, apesar do enorme potencial deste método, muitos professores não costumam desenvolvê-lo de maneira adequada.

Embora quase metade dos tutores não se considere totalmente capacitados, 88,57% creem na significativa contribuição de sua avaliação para o desenvolvimento de seu aluno e, a maioria, acredita alcançar os principais objetivos desta. Narciss¹¹ identificou como os três principais aspectos que influenciam no resultado do feedback, o ambiente instrucional (definição clara dos objetivos, conteúdos e tarefas de aprendizagem, com padrões de avaliação bem estabelecidos); a estratégia utilizada pelo tutor (o âmbito e a natureza das informações, a forma de apresentação); e as particularidades do aluno (conhecimento prévio, nível de competência, de metacognição, de motivação).

O primeiro passo para a realização de uma avaliação satisfatória, com adequada identificação das dificuldades dos alunos, é a definição exata do que se deseja avaliar, quais os conteúdos e competências, com o estabelecimento claro de objetivos e metas, bem como dos padrões desejados¹⁶, que deverão ser mensurados através de estratégias e instrumentos válidos e confiáveis¹¹.

Considerando-se as estratégias utilizadas pelo tutor outro ponto fundamental, Johnson et al.¹³ buscaram identificar alguns comportamentos que podem diminuir o potencial da avaliação. Destacam a realização de observações não específicas, com comentários do tipo “você foi muito bem” ou “você precisa melhorar um pouco”, sem apontar o que foi feito corretamente e o que precisa ser melhorado; a não elaboração de plano de melhoria; a não estimulação da participação ativa do aluno, ao fazer observações e recomendações através de monólogos, dando pouco espaço para falas e perguntas do aluno, não valorizando a autoavaliação e não colaborando para que participem ativamente das decisões. Então, o tutor deve buscar promover um ambiente de confiança e respeito, procurando compreender o que o aluno espera do ensino e trabalhando em conjunto, através de um diálogo maduro, no estabelecimento de regras básicas, objetivos e metas, estimulando-os a atingirem os resultados de forma independente¹⁶.

Assim como relatado por muitos de nossos docentes, expor as dificuldades dos alunos também foi sentido como um desafio pelos entrevistados por Qadan et al.¹⁹, o que os leva, muitas vezes, a não serem sinceros em suas avaliações. Os autores acreditam que isto pode estar relacionado com a falta de cultura, no meio médico, de dar feedback; à pressão por se dizer apenas o que o outro quer ouvir; ao desconforto em lidar com a insatisfação do estudante e ao receio de receber uma avaliação negativa do aluno, o que poderia interferir com suas possibilidades de promoção institucional. E alertam para os riscos de esta prática resultar em falsas garantias do desenvolvimento de competências, impedindo que o aluno atinja seu pleno potencial.

Desta forma, sugere-se que, ao expor as dificuldades dos alunos, o tutor parta dos aspectos onde houve bom desempenho, seguidos por aqueles que precisam ser melhorados. Destacar os aspectos positivos com maior frequência que os negativos geram um ambiente emocional favorável a melhores resultados²⁰.

Por este ser um desafio amplamente relatado na literatura, vários modelos de feedback tem sido publicados, visando diminuir a resposta defensiva e preservar a autoestima e motivação do aluno.

Um modelo simples é o Feedback Sanduíche, que consiste em iniciar com um comentário positivo, em seguida, fazer uma crítica e, por fim, fazer novo comentário positivo²¹. Tem a intenção de suavizar a mensagem que pode ser vista como negativa, porém, alguns autores relatam o risco de os alunos não darem atenção ao feedback corretivo e alcançar menor resultado no desempenho²².

Outra estratégia recomendada é iniciar solicitando que o aluno faça sua autoavaliação. Neste momento, o tutor pode guiá-lo através de perguntas reflexivas, como sobre o que ele percebe que fez bem e quais aspectos podem ser melhorados. O aluno, frequentemente, destaca os fatos que o professor pretendia discutir, tornando mais fácil a sua abordagem¹⁶.

French et al.²³ sugere estratégia semelhante, chamada de *Ask-Tell-Ask*, que é composta por três passos. No primeiro passo, o professor pergunta ao aluno sobre sua autoavaliação. No passo seguinte, o professor comenta as observações do aluno, faz suas próprias observações, sempre destacando pelo menos uma coisa que o aluno fez bem, e pontuando as áreas que precisam ser melhoradas (no máximo uma a duas). Por fim, no último passo, checa se o aluno compreendeu o que foi conversado e discute um plano de melhora. O autor percebe que este modelo desenvolve a reflexão, a responsabilidade, as habilidades de monitorização de performance e de autoavaliação.

A análise deve ser focada no desempenho da tarefa – evitando-se referências a características pessoais – informando com clareza as discrepâncias em relação aos objetivos a serem alcançados. É fundamental usar um tom respeitoso, de suporte, além de buscar compreender as possíveis razões para estas dificuldades^{13,23}.

É importante que se procure conhecer o aluno, sua personalidade e seu temperamento¹⁶ e que se esteja atento às reações emocionais despertadas pelo feedback. Estas reações devem ser identificadas e discutidas, de forma respeitosa e empática, sendo esperado que o tutor tenha alguma habilidade no gerenciamento de conflitos²⁴.

A exposição das dificuldades constatadas sempre deve vir acompanhada de sugestões de como superá-las²⁵, que devem ser intencionais, significativas e compatíveis com o grau de compreensão dos alunos²³. A elaboração do plano de ação deve ser realizada em conjunto com o aluno, e vai depender de seu grau de desenvolvimento. Para alunos mais desenvolvidos, devem-se fazer questionamentos que os auxiliem a identificar os passos a serem dados. Já para alunos menos desenvolvidos, é provável que seja necessário fornecer orientações específicas¹². As medidas definidas pelo aluno serão reforçadas ou modificadas pelo professor, de acordo com a necessidade, até que, juntos, possam elaborar um plano de ação para atingir os resultados desejados¹³.

A maioria dos tutores refere avaliar o aluno de forma contínua e progressiva, pontuando a sua evolução (94,29%). Este acompanhamento ao longo do tempo é fundamental e deve auxiliar o discente a responder, constantemente, a três questões principais: Para onde eu devo ir (quais os objetivos)? Como estou indo (quais os progressos em relação aos objetivos)? E qual o próximo passo (quais atividades precisam ser realizadas para um melhor desempenho)?²³

Nesta avaliação contínua, o tutor deve verificar o grau de motivação do aluno em colocar em prática o plano de ação elaborado, checando se ele concorda com a necessidade de mudar, se deseja fazer esta mudança e se julga estar apto a realizá-la¹².

Os frequentes desafios relatados pelos entrevistados são justificados, pois estudos mostram que os discentes costumam ser críticos em relação às orientações fornecidas, analisando o grau de comprometimento do tutor, avaliando se há real interesse pelo seu crescimento, ao dar o feedback. Consideram não apenas as características profissionais, mas também, pessoais, desejando confiança, respeito e carinho, valorizando a empatia, a disposição a ouvir e a valorizar as ideias dos outros, sendo

estes elementos fundamentais para a aceitação de sugestões que despertam maior resistência²⁶. Então, para que haja segurança e tranquilidade no momento da avaliação, o tutor deve investir na relação professor-aluno²⁷. Além disso, é fundamental ter domínio do conteúdo a ser estudado, bem como estar capacitado a utilizar técnicas pedagógicas adequadas à aprendizagem dos estudantes¹⁵.

Visando aumentar a confiabilidade, muitas instituições, inclusive as estudadas, vêm utilizando a avaliação realizada por múltiplos observadores – avaliação pelo tutor, avaliação interpares e autoavaliação. A autoavaliação e a avaliação interpares capacitam o aluno a julgar seu próprio trabalho, bem como o trabalho de outros³.

Assim como muitos tutores tem dúvidas quanto à efetividade da avaliação formativa, a maioria acredita que os alunos a compreendem/aceitam apenas parcialmente (54,2%) ou não a compreendem/aceitam (5,7%). De fato, Baik et al.²⁸ constataram que quase metade dos estudantes universitários da Austrália estão menos satisfeitos com a avaliação e o feedback de que com qualquer outro aspecto de seus cursos. Porém, esta falta de aceitação não ocorre porque os alunos não a consideram importante, mas porque sua prática ainda não tem a qualidade desejada²⁵. Outro aspecto que contribui para sua pouca aceitação é a influência negativa exercida pela cultura da avaliação somativa, onde o principal objetivo é ser aprovado, mais do que aprender, o que desperta o medo do fracasso e da punição potencial, e os leva a evitar o feedback²⁸.

Quando os alunos não desenvolvem a compreensão necessária, eles não dão credibilidade às orientações e não seguem os conselhos, seja por não acreditarem na necessidade de mudar ou mesmo por não saberem como fazê-lo, podendo ocorrer, até mesmo, piora no desempenho. Sentimentos de raiva, ansiedade, vergonha, frustração e desmotivação são frequentemente relatados¹³. As instituições devem implementar um debate contínuo sobre a qualidade e o valor do feedback, levando-se em consideração, não apenas a forma como ele é fornecido pelo tutor, mas também, sobre como o aluno tem sido preparado e capacitado para recebê-lo²⁹. O discente deve ser conscientizado de seu papel central no processo. Deve ser estimulado a atuar de forma ativa, indo em busca do feedback, e não apenas esperando por ele. Ao receber orientações, precisa solicitar maiores esclarecimentos, sempre que achar necessário, e analisá-los de acordo com suas próprias observações em relação ao seu desempenho. Pode, inclusive, buscar a opinião de terceiros, antes de definir quais aspectos são realmente úteis ao seu crescimento. Deve saber diferenciar um “bom”, de um “pobre” feedback²⁹.

A qualidade do instrumento de avaliação é essencial para a mensuração de competências de forma válida e confiável¹¹. A maioria dos docentes deseja trabalhar com um formulário de avaliação, porém, estes dificilmente atendem suas necessidades. Quando são obrigados a trabalhar com regras com as quais não concordam, eles não as respeitam, ou não conseguem estabelecer padrões claros em sua avaliação³⁰.

A maioria dos tutores afirma dedicar tempo suficiente à avaliação formativa, porém, 25% não estão satisfeitos com este aspecto. É importante que as observações sejam realizadas logo após o evento, podendo haver um horário reservado especificamente para sua realização²⁹, além de serem realizadas em outros momentos em que houver necessidade. O tempo insuficiente pode favorecer a um feedback muito direto, dado pelo professor, sem que haja espaço para a troca desejada.

Conclusão

A maioria dos tutores acredita no potencial da avaliação formativa, porém, ainda há muitos desafios a serem superados, o que os leva a nem sempre sentirem-se seguros ao dar o feedback. Esta pesquisa contribui com a superação destes desafios, ao possibilitar uma maior compreensão dos fatores dificultadores e apontar novos rumos a serem seguidos. Pesquisas que avaliem as dificuldades dos alunos neste processo são necessárias à elaboração de estratégias mais abrangentes.

Referências

1. Aguiar AC. Cultura de avaliação e transformação da educação médica: a ABEM na interlocução entre academia e governo. *Rev Bras Educ Med*. 2006;30(2):98-101. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022006000200013>.
2. Perrenoud P. Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens: entre duas lógicas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
3. Ferris HA, O'Flynn D. Assessment in medical education: what are we trying to achieve? *High Educ [Internet]*. 2015;4(2):139-44 [citado em 2017 Ago 13]. Disponível em: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/ijhe/article/view/6662/0>
4. Teixeira CH. Os desafios da educação para as novas gerações: entendendo a geração Y. *Qualis Sumaré*. 2016;5(1):1-5.
5. Norcini J, Anderson B, Bollela V, et al. Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Med Teach*. 2011;33(3):206-14. <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2011.551559>. PMID:21345060.
6. Gontijo ED, Alvim C, Megale L, Melo JRC, Lima MECC. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(4):526-39. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000400008>.
7. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina [Internet]. Brasília; 2014 [citado em 2017 Ago 13]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/conselho-nacional-de-educacao/atos-normativos--sumulas-para-educacao-e-resolucoes?id=20138>
8. Cappelletti IF. Opções metodológicas em avaliação: saliências e relevâncias no processo decisório. *Roteiro*. 2012;37(2):211-26.
9. Borges MC, Miranda CH, Santana RC, Bollela VR. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. *Medicina*. 2014;47(3):324-31.
10. Evans C. Making sense of assessment feedback in higher education. *Rev Educ Res*. 2013;83(1):70-120. <http://dx.doi.org/10.3102/0034654312474350>.
11. Narciss S. Conditions and effects of feedback viewed through the lens of the interactive tutoring feedback model. In: Carless D, Bridges S, Chan CKY, Glofcheski R, editores. *Scaling up assessment for learning in higher education*. Dordrecht: Springer; 2016. p. 173-89.
12. Lefroy J, Watling C, Teunissen PW, Brand P. Guidelines: the do's, don'ts and don't knows of feedback for clinical education. *Perspect Med Educ*. 2015;4(6):284-99. <http://dx.doi.org/10.1007/s40037-015-0231-7>. PMID:26621488.
13. Johnson CE, Keating JL, Boud DJ, et al. Identifying educator behaviours for high quality verbal feedback in health professions education: literature review and expert refinement. *BMC Med Educ*. 2016;16(1):96. <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0613-5>. PMID:27000623.
14. Perim GL, Abdalla IG, Aguiar-da-Silva RH, Lampert JB, Stella RCR, Costa NMSC. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1, Supl):70-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000500008>.
15. Vieira JE, Tamousauskas MRG. Avaliação das resistências de docentes a propostas de renovações em currículos de graduação em medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(1):32-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000100005>.
16. Hattie J, Timperley H. The power of feedback. *Rev Educ Res*. 2007;77(1):81-112. <http://dx.doi.org/10.3102/003465430298487>.
17. Ramani S, Krackov S. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Med Teach*. 2012;34(10):787-91. <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2012.684916>. PMID:22730899.
18. Fonseca J, Carvalho C, Conboy J, Valente MO, Gama AP. Changing teachers' feedback practices: a workshop challenge. *Aust J Teach Educ [Internet]*. 2015;40(8):59-82 [citado em 2017 Ago 13]. Disponível em: <http://ro.ecu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=2600&context=ajte>
19. Qadan L, Al-Ozairi E, Ayed A, Huang G. Avoiding honest feedback: discordance between formal evaluations and candid assessments of Kuwaiti PBL students. *Med Teach*. 2013;35(6):459-64. <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2013.774337>. PMID:23477472.
20. Voerman L, Meijer PC, Korthagen F, Simons RJ. Promoting effective teacher-feedback: from theory to practice through a multiple component trajectory for professional development. *Teach Teach*. 2015;21(8):990-1009. <http://dx.doi.org/10.1080/13540602.2015.1005868>.
21. Docheff DM. The feedback sandwich. *J Phys Educ Recreat Dance*. 1990;61(9):17-8. <http://dx.doi.org/10.1080/07303084.1990.10604618>.
22. Parkes J, Abercrombie S, McCarty T. Feedback sandwiches affect perceptions but not performance. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2013;18(3):397-407. <http://dx.doi.org/10.1007/s10459-012-9377-9>. PMID:22581568.
23. French JC, Colbert CY, Pien LC, Dannefer EF, Taylor CA. Targeted feedback in the milestones era: utilization of the ask-tell-ask feedback model to promote reflection and self-assessment. *J Surg Educ*. 2015;72(6):274-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2015.05.016>. PMID:26123726.
24. Menachery EP, Knight AM, Kolodner K, Wright SM. Physician characteristics associated with proficiency in feedback skills. *J Gen Intern Med*. 2006;21(5):440-6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00424.x>. PMID:16704385.
25. Pricinote SCMN, Pereira ERS. Percepção de discentes de medicina sobre o feedback no ambiente de aprendizagem. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(3):470-80. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e00422014>.
26. Telio S, Regehr G, Ajjawi R. Feedback and the educational alliance: examining credibility judgements and their consequences. *Med Educ*. 2016;50(9):933-42. <http://dx.doi.org/10.1111/medu.13063>. PMID:27562893.
27. Lee M, Wimmers PF. Validation of a performance assessment instrument in problem-based learning tutorials using two cohorts of medical students. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2016;21(2):341-57. <http://dx.doi.org/10.1007/s10459-015-9632-y>. PMID:26307371.
28. Baik C, Naylor R, Arkoudis S. The first year experience in Australian universities: findings from two decades 1994-2014. Melbourne: The University of Melbourne; 2015.



29. Harrison CJ, Konings KD, Schuwirth L, Wass V, van der Vleuten C. Barriers to the uptake and use of feedback in the context of summative assessment. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2015;20(1):229-45. <http://dx.doi.org/10.1007/s10459-014-9524-6>. PMID:24906462.
30. Rudland J, Wilkinson T, Wearn A, et al. A student centred feedback model for educators. *Clin Teach*. 2013;10(2):99-102. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-498X.2012.00634.x>. PMID:23480111.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram do planejamento e execução do trabalho.

Qualidade de vida dos graduandos em farmácia da Universidade Federal do Oeste do Pará

Quality of life of the graduating in pharmacy of the Federal University of the West of Para

Luciana Fernandes Pastana Ramos¹, Juliana Érica Cirino Nascimento²

¹Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Oeste do Pará, Santarém (PA), Brasil.

²Universidade Federal do Oeste do Pará, Santarém (PA), Brasil.

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi de investigar a qualidade de vida dos graduandos de Farmácia da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). **Métodos:** Trata-se de um estudo prospectivo de corte transversal que foi realizado nos *campus* da UFOPA em Santarém. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade do Estado do Pará (CEP-UEPA). O tamanho total da amostra foi de 82 alunos, ambos os sexos, do 1º ao 4º ano de graduação do curso de Farmácia. Os instrumentos utilizados na obtenção dos dados foram: ficha de dados sócio-demográficos, instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde abreviado (WHOQOL-BREF) e questionário *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36). **Resultados:** Os resultados sócio-demográficos caracterizaram a amostra com predomínio de gênero feminino (n=57; 69,5%); com idade entre 18 a 45 anos; solteiros (n=74; 90,24%); religião católica (n=45; 54,88%) e todos participantes relataram experiência de estágio. **Conclusão:** Os instrumentos WHOQOL-BREF e SF-36 apontam uma tendência de piores escores de QV no 1º e 2º ano curricular de Farmácia e os melhores escores de QV no 3º e 4º ano. Dessa forma, foi possível conhecer o perfil dos graduandos e analisar quais os domínios são mais prejudicados no percurso acadêmico.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida. Estudantes de farmácia. Universidade.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to investigate the quality of life of Pharmacy graduates of the Federal University of the West of Para (UFOPA). **Methods:** This is a prospective cross-sectional study that was carried out on the campus of UFOPA in Santarém. The research was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Para (CEP-UEPA). The total sample size was 82 students, both sexes, from the 1st to the 4th year of the pharmacy course. The instruments used to obtain the data were: sociodemographic data sheet, World Health Organization (WHOQOL-BREF) quality of life assessment instrument and Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). **Results:** Sociodemographic data characterized the sample with a predominance of female gender (n = 57, 69.5%); aged between 18 and 45 years; singles (n = 74, 90.24%); Catholic religion (n = 45; 54.88%) and all participants reported internship experience. **Conclusion:** The WHOQOL-BREF and SF-36 instruments indicate a trend of worse QoL scores in the 1st and 2nd year Pharmacy curriculum and the best QoL scores in the 3rd and 4th year. In this way, it was possible to know the profile of undergraduates and to analyze which domains are most impaired in the academic course.

KEYWORDS: Quality of life. Pharmacy students. University.

Recebido: Ago. 14, 2017
Aceito: Nov. 21, 2017

COMO CITAR ESTE ARTIGO

Ramos LFP, Nascimento JEC. Qualidade de vida dos graduandos em farmácia da Universidade Federal do Oeste do Pará. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. 2017 Jan-Jul;2(1):54-60. <http://dx.doi.org/10.4322/ijhe.2016.030>

CORRESPONDÊNCIA

Luciana Fernandes Pastana Ramos
Instituto de Saúde Coletiva,
Universidade Federal do Oeste do Pará
Avenida Mendonça Furtado, 2946, sala
224, Bairro Fátima, CEP 68040-470,
Santarém (PA), Brasil
lucianafpramos@gmail.com.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Fundação Amazônia de
Amparo a Estudos e Pesquisas
do Pará (FAPESPA).

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não
haver conflitos de interesse.

O estudo foi realizado na
Universidade Federal do Oeste
do Pará, Santarém (PA), Brasil.

Este trabalho foi apresentado no II
Congresso Nacional Multidisciplinar da
Saúde - CONMSAUDE. Realizado no
Centro de Convenções de Goiânia, no
período de 25 a 27 de maio de 2017,
ao qual foi premiado com menção
honrosa pela brilhante apresentação.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de
Ética e Pesquisa com Seres Humanos
da Universidade do Estado do Pará
(UEPA) sob o parecer de nº 1.447.073
e CAAE nº 53163815.0.0000.5168.

Todos os autores leram e aprovam
a versão final submetida ao
*Interdisciplinary Journal of
Health Education (IJHE)*.

Introdução

No começo da década de 90, cerca de um milhão e meio de pessoas estavam matriculadas no ensino superior no Brasil. Em 2011, o número aumentou para cerca de 6 milhões. Essas mudanças foram acompanhadas pelas políticas públicas de acesso ao ensino superior e os seus principais dobramentos para a inclusão profissional da população brasileira. No entanto, a discussão deste tema não envolve apenas os estudos das políticas públicas, mas também os resultados que elas promovem na formação profissional e o desenvolvimento humano dos estudantes universitários¹.

Estudos recentes identificaram diminuição nos escores de Qualidade de Vida (QV) de acadêmicos de Jornalismo², Psicologia³, Enfermagem^{4,5}, Fisioterapia⁶ e Medicina^{7,8}. No curso de Farmácia, os três primeiros anos curriculares apresentam os maiores índices de estresse e redução dos escores de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) mental^{9,10,11}.

Definida pela Organização Mundial de Saúde¹² como *a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*, a QV é uma temática importante dentro do universo acadêmico, pois compreende um período de mudanças psicossociais influenciadas pelo ambiente altamente competitivo, noites sem dormir antes de provas e também pela ingestão de alimentos não saudáveis¹³.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi de investigar a qualidade de vida dos graduandos de Farmácia da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA).

Método

Trata-se de um estudo prospectivo de corte transversal que foi realizado de maio a outubro de 2016, nos *campus* da UFOPA de Santarém. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade do Estado do Pará (CEP-UEPA) sob o número de parecer 1.447.073 e obteve financiamento da Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas do Pará (FAPESPA) através do pagamento de bolsa de Iniciação Científica.

Seleção e descrição dos participantes

Os sujeitos inseridos na população deste estudo cumpriram os seguintes critérios de inclusão: (a) estar regularmente matriculado no curso de Farmácia da UFOPA; (b) ter 18 ou mais anos de idade; (c) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os acadêmicos que não preencheram os pré-requisitos de inclusão.

O TCLE foi elaborado de acordo com a orientação da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁴, garantindo os princípios da bioética (beneficência, não maleficência, justiça e respeito à autonomia) ao longo de todos os passos deste estudo, assim como a garantia da confidencialidade das informações trazidas pelos participantes.

O Bacharelado em Farmácia da UFOPA tem o percurso acadêmico de 4 anos. Anualmente são ofertadas 40 vagas para a entrada de novos alunos. No período da coleta de dados, havia um total de 119 alunos matriculados. A amostra foi calculada através da fórmula¹⁵: $n = \frac{o2.p.q.N}{E2.(N-1)} + o2.p.q$, na qual *n* corresponde ao tamanho da amostra; *o2* ao nível de confiança escolhido em número de desvios ($68,3\% = 1$ desvio; $95,4\% = 2$ desvio; $99,7\% = 3$ desvio); *p* à porcentagem das características pesquisadas na população; *q* à porcentagem do universo que não possui a característica pesquisada ($q=100-p$); *N* ao tamanho da população; e *E2* ao erro de estimação permitido. Foi utilizado o erro de 5%, nível de confiança com desvio 2.

A amostra (*n*=92) foi distribuída em quatro grupos distintos (*n*=23 para cada grupo), de acordo com o ano de graduação. No entanto, o primeiro ano de graduação

tinha apenas 13 alunos regularmente matriculados. Assim, o total amostral incluiu 82 participantes (Figura 1).

Informação técnica

Os instrumentos utilizados na obtenção dos dados desta pesquisa foram: ficha de dados sóciodemográficos (gênero, idade, estado civil, religião, ano de graduação e experiência de estágio), instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde abreviado (WHOQOL-BREF)¹⁶ e questionário *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36)¹⁷.

O WHOQOL-BREF¹⁶ investigou a qualidade de vida geral, satisfação com a saúde, o domínio físico, o domínio psicológico, as relações sociais e o meio ambiente dos participantes. As respostas seguem uma escala de Likert de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida obedecendo a classificação: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5). O SF-36¹⁷ avaliou a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Os domínios são avaliados em uma escala que varia de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor.

Todos os instrumentos utilizados no processo metodológico foram respondidos pelos graduandos de forma voluntária, após a assinatura do TCLE. Etapa realizada com uma turma de cada vez.

Estatísticas

Os resultados foram tabelados em *software* Microsoft Excel® 2010. As análises estatísticas foram realizadas no Graphpad Prism 6.0. Os dados foram descritos apresentando-se a frequência absoluta, relativa, medida de tendência central (média aritmética) e medida de dispersão (desvio padrão). Os valores não-paramétricos foram avaliados através do teste Kruskal-Wallis. Aplicou-se o teste ANOVA de um critério para os dados paramétricos.

Resultados

Dos 82 participantes, todos relataram experiência de estágio. O perfil sóciodemográfico dos estudantes de Farmácia da UFOPA apresentou predomínio de gênero feminino (69,5%); solteiros (90,24%) e de religião católica (54,88%) (Tabela 1). A média de idade não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os anos de graduação em Farmácia (Tabela 2).

Na Tabela 3, observam-se as informações acerca da qualidade de vida obtidas através do questionário WHOQOL-BREF, com respostas seguindo uma escala de Likert de 1 a 5. Os menores escores da qualidade de vida geral, satisfação com a saúde, domínio físico e social foram observados no 1º ano de graduação. Além disso, verificou-se que o 2º ano apresenta os menores valores dos domínios psicológico e ambiente, quando comparado aos outros períodos do curso.

Em contrapartida, os maiores escores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF foram obtidos no 3º (domínios físico, psicológico e ambiente) e 4º (qualidade de vida

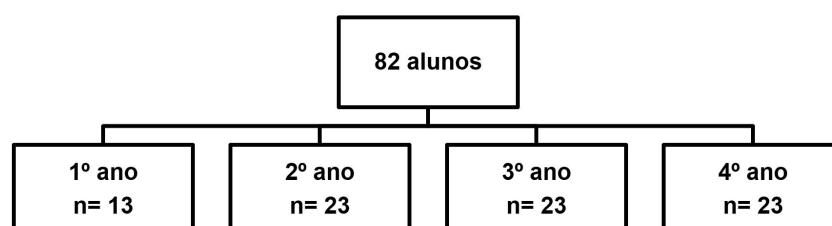


Figura 1. Distribuição dos grupos conforme o ano de graduação.

Tabela 1. Distribuição dos acadêmicos do curso de Farmácia segundo dados sociodemográficos. Santarém, Pará, 2016.

VARIÁVEIS	Categorias	CURSO: FARMÁCIA				Total n(%)
		4º ano (n=23)	3º ano (n=23)	2º ano (n=23)	1º ano (n=13)	
Sexo						
	Masculino	8	10	3	4	25 (30,49%)
	Feminino	15	13	20	9	57 (69,51%)
Estado civil						
	Solteiro	19	23	20	12	74 (90,24%)
	Casado	3	-	2	1	6 (7,32%)
	União Estável	1	-	1	-	2 (2,44%)
Religião						
	Evangélica	7	9	5	3	24 (29,27%)
	Católica	14	11	13	7	45 (54,88%)
	Adventista	1	1	-	-	2 (2,44%)
	Agnóstico	-	1	-	-	1 (1,22%)
	Budista	-	-	1	-	1 (1,22%)
	Testemunha de Jeová	-	-	1	-	1 (1,22%)
	Espírita	-	-	-	1	1 (1,22%)
	Ateu	-	-	-	1	1 (1,22%)
	Nenhuma	1	1	3	1	6 (7,32%)

Fonte: Autores (2017).

Tabela 2. Relação entre a idade e o ano de graduação.

	CURSO: FARMÁCIA				Valor-P*
	4º ano (n=23) M (DP)	3º ano (n=23) M (DP)	2º ano (n=23) M (DP)	1º ano (n=13) M (DP)	
IDADE	26,0 (5,2)	23,0 (3,1)	23,7 (5,3)	24,5 (6,9)	P= 0,2387

*Valor-P teste ANOVA (um critério); P < 0,05 para diferenças significativas. M= média; DP= Desvio Padrão. Fonte: Autores (2017).

geral, satisfação com a saúde, domínios social e ambiente) ano. No entanto, não foram encontrados valores estatisticamente significantes nos domínios avaliados entre os anos cursados.

Na Tabela 4, apresentam-se os dados obtidos através do questionário SF-36, onde cada domínio da QV recebeu um escore que variou de 0 a 100. Neste instrumento, o 1º ano apresentou o menor valor no domínio dos aspectos físicos e, em comparação com todos os outros anos, pode-se averiguar diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$). Além disso, o 1º ano também evidenciou menores escores nos domínios da dor, aspectos sociais e emocionais. O 2º ano apontou menores médias nos domínios capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental. Porém, indicou o maior valor no aspecto emocional.

As maiores médias dos domínios capacidade funcional, aspectos físicos e sociais foram identificadas nos acadêmicos do 3º ano. Já o 4º ano, tem os maiores escores nos domínios da dor, estado geral da saúde, vitalidade e saúde mental.

Tabela 3. Comparação entre a qualidade de vida e o ano cursado WHOQOL-BREF.

DOMÍNIOS	CURSO: FARMÁCIA				Valor-P*
	4º ano (n=23) M (DP)	3º ano (n=23) M (DP)	2º ano (n=23) M (DP)	1º ano (n=13) M (DP)	
Qualidade de vida geral	3,57 (0,79)	3,48 (0,79)	3,57 (0,79)	3,38 (0,77)	P= 0,7280
Satisfação com a saúde	3,35 (0,98)	3,26 (0,92)	3,00 (0,95)	2,92 (0,76)	P= 0,2656
Domínio Físico	3,43 (0,67)	3,56 (0,59)	3,47 (0,58)	3,33 (0,60)	P= 0,5670
Domínio Psicológico	3,62 (0,60)	3,68 (0,66)	3,26 (0,85)	3,31 (0,62)	P= 0,1583
Domínio Social	3,97 (0,70)	3,48 (1,00)	3,32 (0,90)	3,20 (1,07)	P= 0,0576
Domínio Ambiente	3,05 (0,44)	3,05 (0,59)	2,96 (0,51)	2,99 (0,46)	P= 0,9700

*Valor-P teste de Kruskal-Wallis; P < 0.05 para diferenças significativas. M= média; DP= Desvio Padrão. Fonte: Autores (2017).

Tabela 4. Comparação entre a qualidade de vida e o ano cursado SF-36.

DOMÍNIOS	CURSO: FARMÁCIA				Valor-P*
	4º ano (n=23) M (DP)	3º ano (n=23) M (DP)	2º ano (n=23) M (DP)	1º ano (n=13) M (DP)	
Capacidade Funcional	86,74 (18,19)	90,65 (11,11)	84,13 (11,14)	84,23 (14,27)	P= 0,1652
Aspectos Físicos	47,83 (33,64)	71,74 (34,79)	63,04 (43,22)	38,46 (34,78)	P= 0,0343*
Dor	67,91 (27,25)	63,87 (17,97)	59,61 (20,17)	58,00 (26,01)	P= 0,4952
Estado Geral de Saúde	57,78 (17,14)	51,65 (13,04)	48,35 (18,48)	56,31 (14,68)	P= 0,2948
Vitalidade	54,78 (17,48)	50,22 (17,22)	40,00 (18,15)	43,85 (22,00)	P= 0,0558
Aspectos Sociais	63,04 (25,42)	67,39 (26,58)	59,24 (26,17)	55,35 (28,11)	P= 0,5324
Aspecto Emocional	57,97 (41,71)	44,92 (37,08)	59,42 (37,55)	41,02 (41,18)	P= 0,3822
Saúde Mental	67,13 (17,48)	63,65 (18,72)	54,96 (22,21)	55,69 (19,22)	P= 0,1740

*Valor-P teste de Kruskal-Wallis; P < 0,05 para diferenças significativas. M= média; DP= Desvio Padrão. Fonte: Autores (2017).

Discussão

Sabe-se que o ingresso à universidade corresponde a um período onde os sujeitos estão expostos a diferentes influências psicossociais que podem desencadear situações estressoras, prejudicando a qualidade de vida dos estudantes². A idade, o gênero, a condição socioeconômica, o aspecto subjetivo sobre felicidade e satisfação são alguns dos indicadores que estão inseridos na investigação da QV¹⁸. A presente amostra apresenta dados sócio-demográficos (gênero, a idade e o estado civil) semelhantes a outros estudos brasileiros^{19,20} com acadêmicos do curso de Farmácia. Na variável idade, a maior média foi obtida pelo 4º ano curricular seguida pelos demais anos, as médias variaram entre 23 a 26 anos de idade, dessa forma, corroborando com os resultados obtidos por outros autores^{9,10,11}.

A hipótese específica de que há diferença nos escores de qualidade de vida dos instrumentos WHOQOL-BREF e SF-36 foi confirmada. Os dois questionários utilizados possuem diferenças metodológicas e não há na literatura outro estudo que apresente investigação da QV com ambos. Paro e colaboradores¹⁹, por exemplo, citam que as pesquisas de QV com universitários geralmente são abordadas através da aplicação do WHOQOL-BREF. Esta restrição, muitas vezes compromete a comparação com outros resultados sobre a mesma temática.

Os resultados do WHOQOL-BREF e do SF-36 apontam uma tendência de piores escores de QV no 1º e 2º ano curricular de Farmácia e os melhores escores de QV no 3º e 4º ano (Tabelas 3 e 4). Paro e colaboradores¹⁹, revelou situação semelhante

obtendo piores escores de QV para os acadêmicos de Farmácia dos anos iniciais e melhores no 3º e 4º anos curriculares. Podendo ser justificado pelo fato de os alunos do 1º e 2º anos curriculares ainda não possuírem uma estratégia para os estudos, terem intensas disciplinas curriculares que fazem parte dos anos iniciais, refletindo assim, em uma dificuldade de adaptação à rotina universitária¹⁹.

Marshall e colaboradores¹¹ identificaram que a intervenção familiar, finanças, relações pessoais, provas, testes didáticos, bem como tarefas fora da sala de aula são os principais motivos de estresse que influenciavam negativamente a QV dos acadêmicos do curso de Farmácia. Por outro lado, os escores de QV dos estudantes de Farmácia apresentam-se menos prejudicados quando comparados a outros cursos da área da saúde (enfermagem, fonoaudiologia e medicina), de forma que a QV nesses cursos apresentou-se mais comprometida no decorrer dos anos, devido às cargas de estágio e atividades profissionais serem distintas com relação ao curso de Farmácia¹⁹.

Entretanto, Oliveira²⁰ pesquisou sobre a QV entre diversos cursos (Farmácia, Odontologia, Engenharia, Administração, Psicologia e Direito) e, utilizando o instrumento WHOQOL-BREF, verificou que o curso de Farmácia apresentou escore de QV baixo e as médias dos domínios físico e psicológico foram significativamente abaixo da média total dos estudantes. Com relação ao ano cursado, evidenciou que o ano parece não causar nenhum impacto com a QV dos graduandos ao iniciar e terminar o curso.

Na **presente** pesquisa, apenas o aspecto físico do SF-36 obteve diferença estatisticamente significativa entre os anos curriculares de Farmácia (p -valor = 0,0343). Todavia, este resultado é diferente ao encontrado em outro achado de QV, por meio do SF-36, o qual identificou que graduandos de Farmácia apresentam diferença estatisticamente significativa apenas no aspecto vitalidade (1º ano *versus* 4º ano; 2º ano *versus* 4º ano; p -valor = 0,041)¹⁹. Ambos os domínios, físico e vitalidade, estão relacionados com dedicação, esforço, força, disposição e dificuldade na realização de atividades¹⁷.

O 2º ano aponta uma diminuição da QV relacionada à saúde mental no SF-36 e isto é corroborado pelo resultado no domínio psicológico do WHOQOL-BREF. Esses domínios estão relacionados com felicidade, nervosismo, sentimentos positivos e negativos, memória, autoestima, aparência, religião, segurança física, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: qualidade, habilidades, lazer, poluição e transporte^{16,17}.

Os melhores escores do domínio físico, tanto no WHOQOL-BREF quanto no SF-36, foram encontrados nos acadêmicos do 3º ano. No 4º ano, pode-se notar que a saúde e qualidade de vida geral estão melhores em relação aos outros anos. Oliveira⁵ em seu estudo com graduandos do 8º semestre do curso de enfermagem apresentou alguns fatores que auxiliam na QV como: situações de relaxamento; autoconfiança; laços de amizade; alimentação acessível; sono de qualidade entre outros.

Conclusão

O presente estudo analisou que os graduandos do curso de Farmácia da Universidade Federal do Oeste do Pará são predominantemente do gênero feminino, solteiros, católicos e com idade entre 18 a 45 anos. Entre os questionários aplicados podemos observar que os primeiros dois anos curriculares apresentam os piores escores de QV e os últimos dois anos curriculares têm os melhores escores tanto no instrumento WHOQOL-BREF quanto no SF-36. No entanto, apenas o SF-36 apresentou diferença estatisticamente significativa no domínio do aspecto físico. Não sendo possível fazer uma relação se a idade influencia diretamente na qualidade de vida, pois, graduandos do 3º ano curricular apresentam ótimos escores de QV e menor



média de idade. Já os graduandos do 2º ano, escores piores de QV e média de idade praticamente a mesma dos graduandos do 3º ano.

Nesse sentido, os autores da pesquisa apontam a importância de realização de mais estudos com a aplicação de ambos os questionários de qualidade de vida (SF-36 e o WHOQOL-BREF) para melhor interpretação e discussão dos dados das amostras.

Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Desenvolvimento, aprimoramento e consolidação de uma educação nacional de qualidade. Brasília; 2013. Projeto CNE/UNESCO 914BRZ1136.3.
2. Calais SL, Carrara K, Brum MM, Batista K, Yamada JK, Oliveira JRS. Stress entre calouros e veteranos de jornalismo. *Estud Psicol.* 2007;24(1):69-77. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100008>.
3. Costa CC, Bastiani M, Geyer JG, Calvetti PÜ, Muller MC, Moraes MLA. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de Psicologia. *Psicol Estud.* 2008;13(2):249-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000200007>.
4. Furegato ARF, Santos JLF, Silva EC. Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: autoavaliação da saúde e fatores associados. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(4):509-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400002>.
5. Oliveira BM, Mininel VA, Felli VEA. Qualidade de vida de graduandos em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(1):130-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100019>.
6. Bacchi CA, Candotti CT, Noll M, Minossi CES. Avaliação da qualidade de vida, da dor nas costas, da funcionalidade e de alterações da coluna vertebral de estudantes de fisioterapia. *Motriz: Rev. Educ. Fis.* 2013;19(2):243-51.
7. Figueiredo AM, Ribeiro GM, Reggiani ALM, et al. Percepções dos estudantes de medicina da Ufop sobre sua qualidade de vida. *Rev Bras Educ Med.* 2014;38(4):435-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000400004>.
8. Cardoso FAB Fo, Magalhães JF, Silva KML, Pereira ISSD. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2013. *Rev Bras Educ Med.* 2015;39(1):32-40. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e01092014>.
9. Payakachat N, Gubbins PO, Ragland D, Flowers SK, Stowe CD. Factors Associated With Health-Related Quality of Life of Student Pharmacists. *Am J Pharm Educ.* 2014;78(1):7. <http://dx.doi.org/10.5688/ajpe7817>.
10. Hirsch JD, Do AH, Hollenbach KA, Manoguerra AS, Adler DS. Students' health-related quality of life across the preclinical pharmacy curriculum. *Am J Pharm Educ.* 2009;73(8):147. <http://dx.doi.org/10.5688/aj7308147>.
11. Marshall LL, Allison A, Nykamp D, Lanke S. Perceived stress and quality of life among doctor of pharmacy students. *Am J Pharm Educ.* 2008;72(6):137. <http://dx.doi.org/10.5688/aj7206137>.
12. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K).
13. Nechita F, Streba CT, Vere CC, Nechita D, Rogoveanu I. Stress in Romanian first year nursing students. *Curr Health Sci J.* 2014;40(3):210-3. <http://dx.doi.org/10.12865/CHSJ.40.03.10>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510/2016. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016.
15. Luchesa CJ, Chaves A No. Cálculo do tamanho da amostra nas pesquisas em administração. Curitiba: Edição do Autor; 2011. 43 p. [citado em 2017 Ago 14]. Disponível em: http://www.unicuritiba.edu.br/images/calculo_do_tamanho_da_amostra_-_texto_final_para_impressao1.pdf
16. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica.* 2000;34(2):178-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.
17. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36 – item Short-form Health Survey (SF-36)" [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997 [citado em 2017 Ago 14]. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/15360>
18. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Fís Esporte.* 2012;26(2):241-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>.
19. Paro CA, Bittencourt ZZLC. Qualidade de vida de graduandos da área da saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2013;37(3):365-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000300009>.
20. Oliveira JAC. Qualidade de vida e desempenho acadêmico de graduandos [tese]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2006 [citado em 2017 Ago 14]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/1235>

Contribuição dos autores

Luciana Fernandes Pastana Ramos e Juliana Érica Cirino Nascimento participaram do planejamento e execução do trabalho.

Tendências pedagógicas do ensino de psicopatologia nos cursos de graduação em psicologia

Pedagogical trends of teaching of psychopathology in graduation courses of psychology

Conrado Neves Sathler¹, Catia Paranhos Martins¹, Elenita Sureke Abílio^{2,3}

¹Discurso e Identidade – TDI, Grupo de Pesquisa Território, Laboratório Clínica de Psicologia Aplicada, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados (MS), Brasil.

²Discurso e Identidade – TDI, Grupo de Pesquisa Território, Curso de Psicologia, Laboratório Clínica de Psicologia Aplicada, Faculdade Anhanguera de Dourados, Dourados (MS), Brasil.

³Centro de Atendimento Psicossocial – Álcool e Drogas, Secretaria Municipal de Saúde de Dourados, Dourados (MS), Brasil.

RESUMO

Contextualização: Os cursos brasileiros de Psicologia iniciaram suas atividades em 1953 e somente após dez anos regulamentou-se a profissão com a fixação de um currículo mínimo na formação. Portanto, são mais de 50 anos de ensino e algumas marcas podem ser notadas. Alterações foram necessárias do início direcionado à formação clínica individual até a atuação nos equipamentos da Reforma Psiquiátrica. Objetiva-se discutir essas alterações por meio de relato e análise dos percursos dos autores. **Descrição da experiência:** Os autores são professores de Psicologia cujas formações ocorreram de 1983 a 2002 em instituições paulistas e paranaense. Investem em práticas docentes que atendem às demandas atuais da profissão. Neste relato são problematizadas suas próprias formações e experiências docentes e a pedagogia crítica foi o referencial desta análise. Os projetos de 10 cursos disponíveis pela internet, seus apontamentos estudantis e gestos de compartilhar as memórias da graduação compuseram o *corpus*. **Resultados e Impactos:** A concepção do processo histórico do ensino de Psicopatologia, ora individual, ora classificatória e a demanda dos equipamentos da rede de saúde mental disputam sentidos na formação dos psicólogos. **Considerações finais:** Em alinhamento às Diretrizes Curriculares Nacionais, a proposta do quadrilátero da formação é um princípio pedagógico fundamental para fortalecer o compromisso ético profissional frente às demandas do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Educação superior. Psicologia social. Psicopatologia. Saúde mental. Saúde pública.

ABSTRACT

Contextualization: The Brazilian Psychology courses began their activities in 1953 and after ten years the profession was regulated with the establishment of a minimum curriculum in the formation. Therefore, there are more than 50 years of teaching and some marks can be registered. Changes were necessary from the beginning directed to the individual clinical training to the performance in the equipment of the Psychiatric Reform. We aim to discuss these changes through the reporting and discussion of the authors' journeys. **Description of the experiment:** The authors are Psychology teachers whose graduated from 1983 to 2002 in São Paulo and Paraná universities. They invest in teaching practices that consider the current demands of the profession. In this report their own formations and teaching experiences are problematized and Critical Pedagogy were the referential of this analysis. The projects of 10 courses available through the internet, their student notes and gestures of sharing the memories of graduation set up the corpus. **Results and Impacts:** The conception of the historical process of the teaching of Psychopathology, sometimes individual, sometimes classificatory and the demand of the equipment of the mental health network compete meaning in the formation of psychologists. **Final considerations:** In line with the National Curricular Guidelines, the proposition of the formation quadrilateral is a fundamental pedagogical principle to fortify the professional ethical commitment to SUS demands.

KEYWORDS: Higher education. Social psychology. Psychopathology. Mental health. Public health.

Recebido: Jul. 19, 2017
Aceito: Dez. 27, 2017

COMO CITAR ESTE ARTIGO

Sathler CN, Martins CP, Abílio ES. Tendências pedagógicas do ensino de psicopatologia nos cursos de graduação em psicologia. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. 2017 Jan-Jul;2(1):61-67. <http://dx.doi.org/10.4322/ijhe.2016.026>

CORRESPONDÊNCIA

Conrado Neves Sathler
Faculdade de Ciências Humanas,
Universidade Federal da Grande Dourados
Rodovia Dourados, Itahum - Km 12,
Unidade 2, Cidade Universitária, CP 364,
CEP 79804-970, Dourados (MS), Brasil
conradosathler@ufgd.edu.br

FONTE DE FINANCIAMENTO

O estudo foi desenvolvido com
financiamento próprio (dos autores).

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não
haver conflitos de interesse.

O estudo foi desenvolvido no
Laboratório Clínica de Psicologia
Aplicada, Faculdade de
Ciências Humanas, Universidade
Federal da Grande Dourados,
Dourados (MS), Brasil.

Todos os autores leram e aprovam
a versão final submetida ao
*Interdisciplinary Journal of
Health Education (IJHE)*.

Contextualização

Este relato de experiência visa apresentar, pelo viés da Pedagogia Crítica, um modelo de ensino de Psicopatologia que mesmo atendendo às demandas profissionais inscritas nas políticas de Saúde do Estado se localiza na contramão das tendências políticas de ensino atuais. Para isso, tocaremos brevemente na(s) história(s) do ensino de Psicopatologia de alguns cursos de Psicologia do interior dos estados de São Paulo e Paraná, onde se formaram os autores, objetivando apontar a presença opaca da Psicologia Social que invariavelmente está à margem das tendências teóricas majoritárias em Psicopatologia.

Naturalmente, os primeiros professores de Psicopatologia nos cursos de Psicologia não eram psicólogos. Via de regra, eram psiquiatras. Assim, nunca haviam atuado como psicólogos. Ainda hoje há, embora parcialmente, professores médicos e identificamos disciplinas que associam o sofrimento psicossocial à Psiquiatria. No entanto, encontramos vários cursos cuja formação do professor de Psicopatologia é em Psicologia, pós-graduados em clínica, trabalho e saúde coletiva, entre outros. Esses dados são de amostragem de 10 cursos de graduação cujos Projetos Político-Pedagógicos (PPP) e corpo docente estão disponíveis na rede mundial de computadores.

Se considerarmos o histórico, a Psicologia recebe seu reconhecimento oficial como profissão em 1962 e é regulamentada após dois anos com as principais incumbências de realizar avaliação psicológica e clínica¹. Este período caracterizou-se pela industrialização do país, pelo tecnicismo escolar e pelo acesso restrito à saúde aos trabalhadores formais^{2,3}. A Saúde Mental manteve-se, deste período até próximo à virada do século, centrada nos hospitais psiquiátricos, como podemos ver na publicação documental de Firmino⁴, reproduzida no *best seller* “Holocausto Brasileiro”, de Arbex⁵.

Como vimos nessas obras e no registro de Amarante sobre a visita de Franco Basaglia ao Brasil⁶, o nome hospital não cabe às entidades asilares de transtorno mental, pois não produzem saúde, ao contrário, são campos de concentração promotores do extermínio de uma parte da sociedade.

Ensinava-se, então, a Psicopatologia como um saber essencial para a classificação de pessoas (seleção de pessoal, organização de salas de aula, pareceres criminológicos etc), para clínica individual e atuação em manicômios. O exercício do ensino se dava nesses cenários e as variações, como as experiências e abordagens voltadas à expressão e libertação corporal das cadeias opressoras do Estado, ganhavam espaço nos discursos acadêmicos de protesto. Assim, as abordagens como *Gestalt* Terapia, Psicodrama e Biodança, cujos discursos se voltavam à defesa da expressão livre e ao repúdio à repressão, por exemplo, ganharam expressividade neste período⁷.

Esse ensino, vivenciado no papel de estudante de um dos autores, foi fundamentado na apresentação de sinais e sintomas dos transtornos mentais e no relato de intervenções junto aos pacientes e familiares. A atividade que ilustrava as práticas era uma visita monitorada a um manicômio. O objetivo era preparar o estudante para encaminhamentos hospitalares e terapêuticos, orientações familiares, identificação de usuários de drogas e atividades ligadas ao funcionamento global dos hospitais psiquiátricos.

Havia também a crítica aos modelos vigentes: uma leitura inicial de Michel Foucault era realizada, os filmes que denunciavam as práticas hospitalares de tortura eram debatidos e a clínica terapêutica era valorizada como saída viável para familiares e pacientes.

No período de transição política houve algum recrudescimento das práticas clínicas e, pelo menos parcialmente, a apresentação das primeiras práticas exitosas do movimento da luta antimanicomial. Esses relatos eram apresentados como possibilidades futuras, contudo as avaliações recaíam quase exclusivamente sobre

a prática manicomial. Para validar esses conteúdos havia alguma intervenção como a aplicação de uma anamnese ou de outras entrevistas diagnósticas com pacientes psiquiátricos. Registramos a aversão dos estudantes a essas experiências, mas o enfrentamento dessa repulsa era visto como um sinal de bom preparo para assumir um posto profissional confiável.

Com a democratização e o surgimento, na esteira da Constituição Federal de 1988, das Políticas Públicas de Saúde, de Assistência Social e também com a nova Lei das Drogas, o campo social do sofrimento mental tem passado por alterações. As instituições públicas se tornaram as maiores empregadoras dos psicólogos o que exigiu a busca de formação de profissionais capacitados para novos postos de trabalho⁸. O estudo da Saúde Pública entra no rol de conhecimentos apropriados ao novo momento.

O conceito de Saúde Coletiva foi cunhado por atores sociais ligados ao SUS e nele expressou o desejo da compreensão da saúde processual (em oposição à dualidade saúde-doença), da participação social, da ampliação da clínica e, por fim, da busca da Integralidade e da Universalidade como direito. Derivado da Reforma Sanitária, esse foi um movimento político e em suas estratégias havia a introdução de produção e divulgação de conhecimentos nas universidades devido à compreensão de que a academia deveria agregar-se ao plano geral de ações, pois supunham que se a universidade continuasse formando profissionais somente para o mercado de trabalho não haveria possibilidade de avanço nas práticas almejadas⁹.

Para fazer frente a essa inovação foram apresentadas pautas para a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da Saúde. As novidades consistiam na habilitação de egressos para a saúde da família, na formação de conselheiros do Controle Social e na capacitação de gestores¹⁰. As diretrizes foram sancionadas entre 2001 e 2004. Não foram os Conselhos Federais nem o Conselho de Educação os responsáveis pela sua elaboração, foram as associações profissionais, no caso da Psicologia esse debate foi proposto pela Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP).

Essas pautas de formação profissional eram políticas e deviam enfrentar a identidade profissional ligada à clínica tradicional, práticas excludentes e avaliação classificatória⁸. A política na ABEP foi de convencimento dos coordenadores dos cursos de que a Psicologia precisava mudar o perfil do egresso.

Essa renovação forçou a adaptação da academia de ensino. Obviamente, esta narrativa planifica as imensas diferenças das instituições formadoras de diversos níveis. Entretanto, por mais hegemônicos que fossem os discursos biomédicos, por mais argumentos atuais que esses discursos disseminassem, com todas as armas de sedução e promessas de drogas da felicidade e fenecimento do mal-estar, havia, agora, a necessidade de criar uma resposta à educação crítica inserida logo no primeiro conjunto de metas formativas. Vamos esclarecer com o recorte abaixo, parte das DCN para graduação em Psicologia:

Art. 3º O curso de graduação em Psicologia tem como meta central a formação do Psicólogo voltado para a atuação profissional, para a pesquisa e para o ensino de Psicologia, e deve assegurar uma formação baseada nos seguintes princípios e compromissos: [...]

b) Compreensão dos múltiplos referenciais que buscam apreender a amplitude do fenômeno psicológico em suas interfaces com os fenômenos biológicos e sociais;

c) Reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com campos de conhecimento que permitam a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico;

d) Compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do País, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão;

e) Atuação em diferentes contextos considerando as necessidades sociais, os direitos humanos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades [...]¹¹.

Essa escrita é marcada pela nova concepção do papel do psicólogo na sociedade. Ao afirmar “Compreensão dos múltiplos referenciais que buscam apreender a amplitude do fenômeno psicológico [...]”¹¹ a lógica formativa se inverte, pois os múltiplos referenciais não são para explicar algo, mas para tocá-lo. E reitera [...].

Reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com campos de conhecimento que permitam a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico [...]”¹¹.

que traz, pela via da interlocução com os campos de trabalho, a interdisciplinaridade na descentralização do saber psicológico e o qualifica para o diálogo em saúde. Por fim, os valores expostos em “[...] considerando as necessidades sociais, os direitos humanos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida [...]”¹¹ marcam o deslocamento do objeto de trabalho da face psíquica para a psicossocial.

Evidenciando a temática da Saúde, adicionamos o recorte abaixo:

Art. 4º A formação em Psicologia tem por objetivos gerais dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

a) *Atenção à saúde*: os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo [...];

f) *Educação permanente*: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, e de ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmica¹¹.

Assim, torna-se efetiva a busca de mudança da assistência curativa para a preventiva com o compromisso ético-político na formação profissional.

Considerando, então, concretizadas as necessidades de formação geral, voltemos nossa atenção à Psicopatologia. Qual deveria ser a colaboração deste conhecimento à formação do psicólogo nesse novo contexto? Buscamos responder a esta questão em algumas medidas político pedagógicas em experimento e depois elencamos as barreiras encontradas neste processo.

Primeiramente, pensamos que há especificidades da Psicopatologia que não podem ser negligenciadas: a história da loucura, a lógica da doença mental como uma construção histórica produtora de transtornos que correspondem a condições de existência específicas, a Psicopatologia Geral – estudo das alterações das funções psicológicas -, e as Classificações dos desvios de desenvolvimento, de personalidade e das normas sócio-identitárias. Esses conteúdos devem ser contextualizados e problematizados analítica e criticamente.

A transformação do campo de atuação passou da clínica privada para a atividade pública e coletiva. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros equipamentos da lógica substitutiva alteraram significativamente as práticas. Ao serem abertos, os CAPS possuíam a tarefa da reabilitação da população antes internada. Havia duas frentes para a reinserção social: assistência aos usuários e instalação de Residências Terapêuticas com o devido acolhimento. Nos tempos atuais, passados vinte anos, já não há mais uma população expressiva internada, há, sim, uma população que enfrenta transtornos e necessita de ajuda para não se cronificar. Em outra frente, o matriciamento - atuação junto às equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) – e a prevenção se fazem prementes.

O egresso das Instituições de Ensino Superior (IES) de hoje deve saber atuar nas políticas públicas e dar respostas coletivas e políticas, não mais da clínica tradicional. Um novo foco, então, se anuncia: a demanda pedagógica de desenvolvimento de análises institucionais e sociopolíticas.

Descrição da experiência

Os autores, inseridos na formação para esse novo campo, identificados à Saúde Coletiva e Saúde Mental, lançam mão de experimentar gradativamente a integração ensino-serviço-comunidade, na rede SUS. Um recurso compartilhado por todos é a inserção do alunado nas ações do Controle Social. Assim, a participação nas conferências e conselhos municipais de diversos segmentos propicia a compreensão da lógica dos trabalhadores, usuários e gestores e insere ainda o debate democrático e a formação cidadã.

Outra aposta foi buscar o deslocamento da gestão para a Atenção Básica como estratégia de formação de estagiários, associando-os ao Programa de Melhoria de Qualidade e Acesso (PMAQ). Esse recurso tem permitido problematizar o pensamento hospitalocêntrico para uma alternativa de Clínica Ampliada¹¹ onde os recursos comunitários e técnicos compartilhados potencializam as ações.

Por fim, há também a experiência do trabalho ambulatorial com o recurso alternativo da articulação da clínica e o empoderamento dos usuários, estimulando a formação de associações desses e de familiares e, também, investindo no matriciamento dos serviços. Além disso, as oficinas com atividades coletivas de convivência, expressão e geração de renda são apontadas como estratégias no desenvolvimento da clínica ampliada.

Essas alterações em estágios e programas de curso alteram os temas discutidos em classe. Como exemplo: os problemas conceituais passam pela literatura, “O Alienista” de M. Assis (1882) torna-se objeto de análise. Clássicos da Psicanálise como “O Futuro de uma ilusão” e “O Mal-estar na civilização” de S. Freud (1927; 1930) são debatidos. Os problemas do cotidiano profissional como a política de proteção integral às crianças, os impasses sobre as políticas sobre drogas, a violência nas escolas e a medicalização da população são temas eleitos para o desenvolvimento de uma posição sobre o sofrimento psicossocial, antes apenas neuroses e psicoses eram temas discutidos.

As avaliações deixam de ser puramente conceituais e passam a ser dialógicas e centradas em projetos de intervenção¹². Dessa forma, as sugestões dos alunos são incluídas nos programas de ensino das futuras turmas. Além disso, os autores participam de um grupo de estudos no qual essas experiências pedagógicas são discutidas e avaliadas desde 2012.

Resultados e impactos

As alternativas apresentadas impactam a formação de psicólogos como profissionais do SUS. Propiciam os deslocamentos da clínica centrada nos modelos medicalizantes e hospitalocêntricos para a Clínica Ampliada, na qual o acesso e a qualidade dos serviços, o valor do trabalhador e dos recursos comunitários são centrais e valorizam a rede de atenção¹³.

As práticas docentes experimentadas são identificadas com as propostas do modelo pedagógico do Quadrilátero da Formação que compreende ensino, gestão, atenção e controle social em seu currículo¹⁴.

No entanto, como observamos nos PPP investigados, há variações de conteúdo que imprimem diferenças significativas ao ensino de Psicopatologia. A regularidade é que a disciplina se encontra no rol daquelas ofertadas na primeira metade dos cursos. Provavelmente isto ocorre por ser ela considerada um fundamento para o ensino das disciplinas relativas aos campos de trabalho, como Psicologia da Saúde, Escolar, Clínica *etc.*

Desta forma, compreendemos os componentes curriculares como produtores de uma organicidade nos PPP e funções específicas são desenvolvidas por cada um deles. Logo, nossa observação não impinge censura aos PPP ou interferência na opção



política fundante de cada IES. Essas construções pedagógicas são, certamente, calcadas em uma filosofia e consequente concepção de missão própria de cada instituição e do compromisso ético de manter-se articulado aos movimentos e transformações sociais nas quais se inserem seus egressos.

A Psicopatologia, como disciplina que serve de base para as futuras discussões de clínica, educação, trabalho e saúde mental [...], deve buscar ampliar seu escopo de abrangência, correndo o risco de ao optar pelo ensino apenas da Psicopatologia Clínica não ser suporte suficiente para o desenvolvimento das ações da Clínica Ampliada ou, ao apresentar exclusivamente a vertente biológica ligada à Psicopatologia Geral, não apoiar os campos sociais de atuação de seus egressos.

Avançando um pouco mais no pensamento sobre o currículo, apontamos que a apresentação da Psicopatologia como uma atividade classificatória em uma epistemologia restrita ao pensamento positivista torna-se um argumento de resistência voltado ao desenvolvimento do campo de trabalho mais expressivo de hoje: a Saúde Mental. Forma-se uma resistência à compreensão do sujeito e à formação subjetiva de seu transtorno, levando o profissional a excluir-se das tendências políticas de abordagem da Saúde Mental, como a desinstitucionalização e as intervenções comunitárias^{14,15}.

Considerações finais

Os embates discursivos desafiam a Psicopatologia e seu ensino a enfrentar as fronteiras sociais do conhecimento tradicional e as tendências sociais, políticas e econômicas comandadas pela Psicopatologia dos Códigos (DSM e CID) e pelos discursos farmacológicos e biomédicos.

A formação de conhecimentos: comunitários, de direitos individuais e coletivos, da atuação política nos campos do trabalho, da problematização dos mecanismos sutis de exclusão social e para participação nos Órgãos de Controle Social precisam ser incrementados na formação profissional.

Por fim, a proposta do Quadrilátero da Formação é, para nós, um princípio pedagógico de valor para a formação e transformação social pela via da Saúde como direito de cidadania.

Referências

1. Brasil. Decreto n. 53.464 de 21-01-1964 Regulamenta a Lei n. 4.119, de agosto de 1962, que dispõe sobre a Profissão de Psicólogo. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, DF, 24 jan. 1964 [citado em 2017 Jul. 11]. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/decreto_1964_53464.pdf
2. Cunha MV. A educação no período Kubitschek: os centros de pesquisas do INEP. Rev Bras Estud Pedagógicos. 1991;72(171):175-95. <http://dx.doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.72i171.1294>.
3. Cunha LEF, Alves, TKC. Os acordos Mec-Usaid e seu impacto no sistema de ensino superior brasileiro. In: Anais da XII HISTEDBR e X Seminário de Dezembro [Internet]; 2007 Dez 2-4; Caxias, BR. Caxias (MA): UNICAMP; 2014 [citado em 2017 Jul 5]. p. 1-13. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada12/artigos/2/artigo_eixo2_81_1410814891.pdf
4. Firmino H. *Nos porões da loucura*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Codecri; 1982.
5. Arbex D. *Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo (SP): Geração Editorial; 2013.
6. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2007.
7. Hirye HMC. (Orgs.). *Práticas alternativas: campo da psicologia?* São Paulo (SP): Express; 1998.
8. Huning S, Silva AK, Silva WVN, Lessa FMS. Formação para o SUS nos cursos de psicologia em Alagoas. Psicol Estud. [Internet]. 2013 Mar [citado em 2015 Out 11];18(1):157-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000100016&lng=pt&nrm=iso
9. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trab Educ Saúde. 2008;6(6):443-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Departamento de Gestão na Saúde. Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde [Internet]. Brasília



- (BR): Ministério da Saúde (BR); 2003 [citado em 2015 Out 11]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf
11. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 8, de 7 de maio de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 18 maio 2004 [citado em 2017 Jul 13]; Seção 1. p. 16. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf
 12. Paula HF, Moreira AF. Atividade, ação mediada e avaliação escolar. Educ Rev. 2014;30(1):17-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-46982014000100002>.
 13. Campos GWS. *Saúde Paideia*. São Paulo (SP): Hucitec; 2003.
 14. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. PHYSIS: Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2004 [citado em 2017 Jul 10];14(1):41-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>
 15. Fonte EMM. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Estudos de Sociologia [Internet]. 2012 [citado em 2017 Jul 13];1(18). Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram do planejamento e execução do trabalho.

Vulnerabilidades de mulheres quilombolas no interior da Amazônia às infecções sexualmente transmissíveis: um relato de experiência

Vulnerabilities of maroon women inside the Amazon to sexually transmitted infections: a report of experience

Veridiana Barreto do Nascimento^{1,2}, Nádia Vicência do Nascimento Martins^{1,3},
Suely Itsuko Ciosak¹, Lúcia Yasuko Izumi Nichiata¹,
Jéssica Samara dos Santos Oliveira⁴, Lays Oliveira Bezerra⁴,
Luana Almeida dos Santos⁵

¹ Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

² Universidade Federal do Amapá, Oiapoque (AP), Brasil.

³ Universidade do Estado do Pará, Santarém (PA), Brasil.

⁴ Curso de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará, Campus XII, Santarém (PA), Brasil.

⁵ Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, Santarém (PA), Brasil.

RESUMO

Contextualização: Relato de experiência derivado de uma prática vivenciada por docentes e discentes durante o período de coleta de dados de uma pesquisa de mestrado intitulada “Vulnerabilidades de mulheres quilombolas do rio Trombetas às IST/HIV/aids”, no município de Oriximiná, Estado do Pará. Levando em consideração as necessidades em saúde as mulheres quilombolas, buscou-se como objetivo identificar as vulnerabilidades de mulheres quilombolas às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). **Descrição da experiência:** Em outubro de 2016, uma equipe composta por docentes e discentes do curso de Enfermagem embarcou em uma viagem rumo às comunidades quilombolas, situadas nas encostas do Rio Trombetas. Durante as atividades de promoção de saúde desenvolvidas por meio de metodologias ativas de educação para 121 mulheres quilombolas, foram evidenciadas as fragilidades no conhecimento de mulheres quilombolas frente à prevenção das IST/HIV/aids, sendo potencializadas pela deficiência nos serviços e ações em saúde ofertados às comunidades. A experiência oportunizou um cenário de prática aos discentes do curso de Enfermagem, com uma aprendizagem voltada à realidade e humanização do cuidado, o que permitiu a troca de conhecimentos e orientações acerca de IST. Portanto, se pode inferir que, as mulheres quilombolas estão expostas nas três dimensões de vulnerabilidade: individual, social e programática quando se refere às IST/HIV/aids. **Considerações finais:** Apresentar ao acadêmico de Enfermagem a realidade de populações tradicionais amazônicas, possibilitou o conhecimento da situação de saúde e educação de populações tradicionais da Amazônia, levando ao crescimento pessoal e acadêmico, aguçando no futuro profissional, uma visão crítica e reflexiva para mudança do cenário atual da Saúde Coletiva Brasileira, favorecendo a efetivação dos serviços e ações em saúde nas comunidades por meio de Políticas Públicas.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção básica. Enfermagem. Infecções sexualmente transmissíveis. Saúde da mulher. População negra.

ABSTRACT

Contextualization: Report of experience derived from a practice experienced by professors and students during the data collection period of a master course study entitled “Vulnerabilities of Maroon women from the Coast of Trombetas River (PA) to STI/HIV/AIDS”, in the municipality of Oriximiná, State of Pará. Taking into account the health needs to which maroon women are exposed, the objective was to identify the vulnerabilities of Maroon women to Sexually Transmitted Infections (STI). **Description of the experience:** In October 2016, a team of professors and students of the Nursing course embarked on a trip towards the maroon communities, located on the coast of the Trombetas River. During the health promotion activities, developed through active education methodologies for 121 maroon women, the weaknesses in the knowledge of maroon women against STI/HIV/AIDS prevention were evidenced, empowered by the deficiency in the health services and actions offered to the communities, in addition to providing a scenario of practice to the students of the Nursing course, with a learning focus on reality-oriented and humanized care, which allows the exchange of knowledge and guidance about STI. Therefore, it can be inferred

Recebido: Ago. 14, 2017
Aceito: Nov. 09, 2017

COMO CITAR ESTE ARTIGO

Nascimento VB, Martins NVN, Ciosak SI et al. Vulnerabilidades de mulheres quilombolas no interior da Amazônia às infecções sexualmente transmissíveis: um relato de experiência. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. 2017 Jan-Jul;2(1):68-73. <http://dx.doi.org/10.4322/ijhe.2016.029>

CORRESPONDÊNCIA

Nádia Vicência do Nascimento Martins
Travessa Professor Carvalho, 1420,
Caranazal, CEP 68040-470, Santarém
(PA), Brasil
stm.martins@hotmail.com

FONTE DE FINANCIAMENTO

Realizada com financiamento próprio das pesquisadoras.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

O estudo foi realizado nas Comunidades de remanescentes Quilombolas, localizadas no Alto Trombetas, município de Oriximiná (PA), Brasil.

Este trabalho é resultado do manuscrito “SABERES E VULNERABILIDADES DE MULHERES QUILOMBOLAS NO INTERIOR DA AMAZÔNIA SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA”.

Todos os autores leram e aprovam a versão final submetida ao *Interdisciplinary Journal of Health Education* (IJHE).



that maroon women are exposed in the three dimensions of vulnerability: individual, social and programmatic when referring to STI/HIV/AIDS. *Final considerations:* In order to show the reality of traditional Amazon populations to the Nursing student makes possible the knowledge of the health situation and their education, leading to personal and academic growth, fostering in the future professional a critical and reflexive vision to change the current scenario of Brazilian Collective Health. This type of actions favors the implementation of services and actions in the health of the communities through Public Policies.

KEYWORDS: Basic attention. Nursing. Sexually transmitted infections. Women's health. Black population.

Contextualização

Quilombo é um termo que remonta o período da escravidão, uma forma de resistência cultural e de rebeldia contra os valores impostos pelos brancos. Significa ter liberdade à vida, para cultivar sua religião, realizar suas danças (oriundas da África), iniciar plantações em terras livres e não estarem subjugados aos senhores de engenho¹.

Os primeiros quilombos eram qualificados como um “ajuntamento” de negros fugidos que adentravam a mata, procurando territórios isolados e resistentes à captura, as populações sobreviventes deste processo originaram as atuais comunidades remanescentes de quilombo¹.

As comunidades remanescentes de quilombos foram reconhecidas em 1988 na Constituição Federal Brasileira considerando, sobretudo, o direito ao território adquirido².

No âmbito da saúde, a luta começou em 1996 com um evento realizado em Brasília intitulada “Saúde da População Negra”, onde começou os primeiros trabalhos em prol da saúde da população quilombola. No entanto, somente em 2004 foi instituída a Portaria nº 1.434 que objetiva a inserção e a ampliação das Equipes de Estratégias de Saúde para as comunidades quilombolas, garantido o princípio de Universalidade do Sistema Único de Saúde².

Os avanços nos serviços de saúde tornaram-se visíveis, somente a partir da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída pela portaria Nº 992 de 2009, entretanto, um dos desafios na implementação das ações junto a estas comunidades é o acesso a informação de forma clara, objetiva e oportuna sobre saúde e, em particular sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)³.

Historicamente, mulheres brasileiras enfrentam obstáculos em virtude do preconceito e dos processos vinculados à dinâmica de gênero e não é diferente, se as colocarmos no contexto das relações sexuais e reprodutivas. Questões sociais tais como multiplicidade de parceiros sexuais, assimetria nas relações entre mulheres e homens, dogmas religiosos e implicações morais, expõe o público feminino às IST, concomitantemente, acentua a vulnerabilidade das mulheres. As mulheres negras remanescentes quilombolas ainda vivenciam esta assimetria de gênero, quando ligadas ao passado de escravidão^{4,5}.

No Estado do Pará, a maioria das comunidades remanescentes de quilombos, encontram-se as margens do Rio Trombetas, no município de Oriximiná. Os negros que habitavam essas comunidades fugiam dos cocaís, das fazendas e das propriedades dos senhores de Óbidos, Santarém, Alenquer e Belém durante o período das “cheias dos rios”, assim como durante o período da colheita da Castanha-do-Pará, que lhes servia como alimento durante esta atividade. Ao encontrarem o Alto Trombetas, era possível ser livre, viver sua cultura e usufruir de uma vida tranquila¹. É na cidade de Oriximiná que na atualidade se concentra grande parte dos remanescentes quilombolas deste estado.

Neste estudo, apresentam-se dados parciais de uma pesquisa de mestrado acadêmico, que tem por objetivo identificar a vulnerabilidade de mulheres quilombolas a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Descrição da experiência

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem quantitativa, realizado com 121 mulheres quilombolas, residentes em 08 (oito) comunidades do Alto Trombetas, Pará: Serrinha, Terra Preta, Aracuan de Baixo, Aracuan do meio, Aracuan de cima, Bacabal, Boa Vista e Água Fria. As localidades detêm uma situação socioeconômica precária e para maioria da população residente, a fonte de renda está relacionada à agricultura de subsistência e a pesca.

Foram critérios de inclusão: mulheres autodeclaradas quilombolas, orientadas no tempo e no espaço no momento de participar das etapas da pesquisa (aplicação de questionário e entrevista); com vida sexual ativa e na faixa etária de 15 a 55 anos. E critérios de exclusão: mulheres com idade inferior a 15 anos e superior a 55 anos, na faixa etária de 15 a 18 anos não autorizada pelos pais ou responsáveis para participar da pesquisa e, as mulheres ausentes das comunidades no período da coleta de dados.

Para a coleta de dados foram utilizados, um questionário e um roteiro de perguntas para entrevista, elaborados para este estudo, composto por perguntas com respostas fechadas e abertas. Os dados foram organizados em planilhas no programa Microsoft Excel 2013 e para análise das variáveis utilizou-se o programa SPSS, versão 21.0.

As atividades foram desenvolvidas em três etapas no período de 9 a 15 de outubro de 2016, por uma equipe composta por docentes e acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará - Campus XII Santarém, a primeira etapa iniciou com o agendamento de uma reunião com os representantes das comunidades para a apresentação da equipe de pesquisadores que, por sua vez apresentou o projeto de pesquisa para os comunitários, seus objetivos, os riscos e benefícios. Na segunda etapa, foi realizada a aplicação do questionário e a entrevista com objetivo de identificar contextos de vulnerabilidades de mulheres quilombolas às IST/HIV/aids. Na terceira etapa foram desenvolvidas atividades educativas nas comunidades, utilizando metodologias ativas de aprendizagem com temas voltados para a prevenção das IST.

Simultaneamente a aplicação do questionário de pesquisa, realizado por meio de visitas domiciliares durante o dia, aconteceram às atividades de educação em saúde no período noturno, realizadas por discentes da UEPA, as atividades educativas desenvolvidas ocorreram a partir do seguinte roteiro: foram disponibilizadas imagens das IST dentro de balões (optou-se por imagens ao invés de perguntas ou afirmações, por considerar mais didática e facilitar a participação de um maior número de pessoas, incluindo as mulheres não alfabetizadas). As mulheres deveriam identificar os sinais, sintomas, modos de prevenção e transmissão das IST. Para o aprofundamento da temática, por meio de orientações automaticamente os conhecimentos eram intensificados com a apresentação de um painel identificando os sinais e sintomas das diversas IST, a forma de transmissão “como se pega e como não se pega”, a prevenção e os mitos envolvidos.

Portanto, quando associado às repostas dos questionários e as entrevistas, aliado a participação das mulheres nas atividades de educação em saúde, os conhecimentos puderam ser construídos de forma simples, direta e esclarecedora, considerando os conhecimentos prévios de cada uma e facilitando inclusive a ação dos mediadores, que encontraram pouca dificuldade na abordagem do tema.

Alguns desafios acompanharam a evolução das atividades, principalmente as condições de acomodação para os pesquisadores, que se restringia a um barco de pequeno porte, porém as dificuldades vivenciadas não impediram a progressão das atividades, somado a experiência positiva para toda a equipe de execução do projeto, possibilitando a aproximação com complexidade no contexto ético racial, social, cultural e histórico, entrelaçada ao processo saúde e doença da população loco regional.



O projeto de pesquisa que embasou este relato de experiência foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob parecer de número 1.667.309.

Participaram da pesquisa 121 mulheres, residentes em 08 comunidades destas, a que teve menor número de participantes foi representada por 07 mulheres e a que teve maior número de participantes foi representada por 44 mulheres, a idade média das mulheres participante foi de 30 anos, autodeclaras negras e pardas em sua maioria, estado civil casada e união estável e com a conclusão máxima do ensino fundamental. A maioria das relações maritais aconteceu em idade precoce, antes de atingir a maioridade (18 anos).

Referente à religião as mulheres quilombolas em sua maioria declararam-se católicas. No que tange a moradia 44,6% residiam em casa de alvenaria com menos de três cômodos, com água para consumo proveniente do rio ou de microssistema comunitário. Apenas 38,1% das mulheres quilombolas referiram realizar atividades remuneradas, declarando uma renda mensal individual menor que um salário mínimo vigente (ano 2016).

Sobre o conhecimento das IST, as respostas mostram que as mulheres conhecem as formas de prevenção e reconhecem o preservativo como um método eficaz e efetivo para a prevenção das IST/HIV/aids. A maioria declarou ter tido algum tipo de informação sobre IST, sendo a escola, o local de maior concentração de divulgação de conteúdos educativos sobre o tema, seguido das igrejas locais e associações. Quanto às formas de transmissão das IST indicaram a relação sexual sem preservativo, seguido do uso de seringas contaminadas e de contaminação por meio do contato com secreção vaginal e/ou secreção uretral.

A maioria das mulheres quilombolas tem percepção sobre o próprio risco de contrair IST/HIV/aids e que este risco é acentuado quando há infidelidade do parceiro. Outras têm a percepção de risco zero, ao afirmarem que “transariam sem camisinha”.

Resultados e impactos

A partir dos resultados obtidos e descritos a seguir, fica evidenciado que as mulheres quilombolas participantes deste estudo estão inseridas nas três dimensões de vulnerabilidade (individual, social e programática), de acordo com Ayres et al.⁶ no eixo ligado a prevenção das IST/HIV/aids.

Nas comunidades quilombolas é comum mulheres jovens se relacionar com homens mais velhos, o que aumenta cerca de 10 vezes as chances de desenvolver IST/aids, evidenciando maior vulnerabilidade dessas mulheres devido à baixa escolaridade, trata-se de uma triste realidade, porém, muito comum nas comunidades da Amazônia Brasileira. Nestas comunidades o ensino funciona em formato modular e as escolas não disponibilizam o ensino médio, logo se pode inferir que o problema está relacionado ao acesso aos serviços educacionais⁷.

A baixa escolaridade, as desigualdades de gênero, o baixo nível socioeconômico e as disparidades regionais podem ser considerados fatores condicionantes para a vulnerabilidade individual feminina as IST/HIV/aids, na qual o conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção dessas infecções é incipiente e aumenta o risco de infecção^{8,9}.

Este fato chama atenção, haja vista que mesmo as pesquisandas detendo conhecimento de que o ato sexual sem proteção aumenta as chances de transmissão das IST, as mulheres, em sua maioria, não utilizam o preservativo. Neste contexto, nota-se que apesar das mulheres conhecerem informações sobre IST/HIV/aids, o uso do preservativo ainda é baixo entre a população sexualmente ativa, independentemente do seu estado civil.

Assim, se enfatiza que a carência de informações a respeito das IST são fatores que favorecem as concepções errôneas e influenciam diretamente o comportamento feminino. Tais equívocos conceituais podem ser fundamentados em elementos



culturais como, por exemplo, crenças, mitos e tabus que apresentam grande significado para os indivíduos, não representando fontes corretas e confiáveis de informações^{10,11}.

O conhecimento adequado sobre as IST/aids, em especial sobre sua forma de transmissão e prevenção, auxilia na redução da vulnerabilidade na exposição ao vírus HIV. Vale ressaltar que tanto no Brasil quanto na América Latina, a epidemia da aids apresenta maiores índices entre a população feminina, mais jovem e pobre. A síndrome afeta cada vez mais mulheres que adquirem o vírus em suas próprias casas através dos maridos ou companheiros^{12,13}.

Sabe-se que a ausência ou mesmo limitação de acesso aos serviços de saúde e educação na comunidade retratam desigualdades e vulnerabilidades na sociedade, em especial desta população, que vivencia um contexto diferente de escala geográfica, enfrentando grandes distâncias para acessar os serviços de saúde e educação indispensáveis a população¹⁴.

Na região estudada, as condições de saneamento básico, moradia, acesso aos serviços de saúde, educação e ao trabalho local são deficitárias, o que maximiza as fragilidades e limitações da população quilombola e evidencia as inúmeras peculiaridades no que tange o acesso à saúde desta população, levando a necessidade de maior planejamento e implementação de estratégias sejam elas coletivas e ou individuais concernentes às particularidades quilombolas.

Considerações finais

A deficiência ou mesmo inexistência de uma equipe de profissionais de saúde, a dificuldade de deslocamento, seja para o polo de assistência em saúde na cidade de Oriximiná ou para o hospital da mineração são atenuantes expressivos. Em algumas comunidades os moradores podem contar com a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são acionados em uma situação emergencial e nas práticas de orientação em saúde e na identificação de agravos. Nesta pesquisa, a atuação dos ACS foi de grande importância, pois, facilitaram a ação dos pesquisadores, fornecendo dados sobre o perfil da comunidade, realizando a mobilização das mulheres por meio de convite e estímulo para a participação nas atividades. Na comunidade quilombola o ACS é visto e funciona como ponte/elo de conhecimento em saúde e primordialmente na prevenção de agravos.

Neste contexto desafiador conclui-se que os objetivos propostos foram alcançados. O emponderamento das mulheres sobre o conhecimento das IST/HIV/aids por meio de educação em saúde de forma inovadora, dinâmica e reflexiva, permitiu a troca de experiências acerca das IST, despertando o interesse da população em explorar cada vez mais conhecimentos acerca do assunto, além de permitir maior desenvoltura aos alunos de graduação, possibilitando, ainda, crescimento pessoal e profissional para o enfrentamento e tomada de decisão enquanto profissionais de saúde nas diversas realidades brasileiras. Realidades estas, que guardam consigo parte de um arcabouço cultural, ético racial e social, tão importante na formação do Brasil e que necessita urgentemente de valorização e cuidados específicos, pelas autoridades, principalmente da área de saúde.

Referências

1. Funes EA. Mocambos: natureza, cultura e memória. *História Unisinos*. 2009;13(2):146-53. <http://dx.doi.org/10.4013/htu.2009.132.05>.
2. Fundação Cultural Palmares [Internet]. Brasília; 2015 [citado em 2015 Set 27]. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/?page_id=88
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico HIV/Aids [Internet]. 2015 [2017 Maio 10];4(1). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/en/node/57749>



4. Silva MHP. Assistência à saúde em comunidades quilombolas: revisão sistemática [monografia]. Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia; 2015 [citado em 2017 Jun 1]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18346/1/Marcos%20Henrique%20Paraíso%20Silva.pdf>
5. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e Comunidades Quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev CEFAC*. 2011;13(5):937-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>.
6. Ayres JRCM, França I Jr, Calazans GJ, Saletti FHC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.
7. Braga PE, Cardoso MRA, Segurado AC. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(11):2653-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100013>. PMID:17952258.
8. Arruti JMA, Monteiro JM. *Mocambo: antropologia e história do processo de formação quilombola*. Bauru: Edusc; 2006.
9. Miranda-Ribeiro P, Simão AB, Caetano AJ, Lacerda MA, Torres MEA. Perfis de Vulnerabilidade Feminina ao HIV/aids em Belo Horizonte e Recife: comparando brancas e negras. *Saude Soc*. 2010;19(Supl. 2):21-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000600004>.
10. Panobianco MS, Lima ADF, Oliveira ISB, Gozzo TO. O conhecimento sobre o HPV entre adolescentes estudantes de graduação em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):201-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100024>.
11. Santos MF. Concepções de mitos e relações com a saúde. *Bol Mus Int Roraima*. 2014;8(2):53-60.
12. Scherer A, Coelho EBS, Santos CFT. Conhecimento e Atitudes de Mulheres sobre AIDS: uma difícil negociação. *Saúde Transform Soc*. 2011;1(2):33-42.
13. Dornelas J No, Santos DAC, Zonta GE, Bonafé SM. Situação do hiv/aids no brasil e os fatores que influenciam a infecção. In: *Anais Eletrônico do VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica* [Internet]; 2013 out 22-25; Maringá. Maringá (PR): UNICESUMAR; 2013 [2017 maio 27]. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Jader_Dornelas_Neto.pdf
14. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Galvão Cesar CL. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Supl. 1):1s-11s.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram do planejamento e execução do trabalho.

Educação em saúde sobre a luta antimanicomial para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial em Belém-PA

Health education on the anti-asylum fight for users of a psychosocial care center in Belém-PA

Emanuele Cordeiro Chaves¹, Karen Caroline Vieira dos Santos²,
Carla Andréa Avelar Pires²

¹Núcleo de Medicina Tropical, Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil.

²Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil.

RESUMO

Contextualização: A análise histórica do tratamento direcionado ao usuário com transtorno mental possibilita identificar os avanços ocorridos ao longo dos anos, o que representa uma conquista do Movimento da Luta Antimanicomial, mas que precisa ser fortalecida na atualidade. Nesse sentido, objetivou-se relatar uma ação de educação em saúde sobre a luta antimanicomial realizada com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Descrição da experiência:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem qualitativa. Em alusão ao Dia Mundial de Luta Antimanicomial foi realizada uma roda de conversa em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) no município de Belém-PA, sobre a luta antimanicomial. Participaram da atividade 27 usuários do serviço. Para a realização do estudo utilizou-se a metodologia de roda de conversa, sendo que a experiência foi realizada em dois momentos, primeiro a roda de conversa conduzida por uma enfermeira e uma acadêmica de medicina do Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde/GraduaSUS), a partir de seis imagens sobre a temática, seguida pela construção de um varal contendo as fotografias utilizadas previamente, intitulado “varal da luta”. **Resultados e impactos:** Os usuários participaram ativamente da discussão, tornando-se empoderados acerca da temática. A partir da roda de conversa emergiram as seguintes questões: a importância de se ter confiança no tratamento e no controle dos transtornos; o valor de transformar a sociedade em um meio menos hostil a essa população; a necessidade de atividades complementares, como artes e esportes. **Considerações finais:** Pode-se considerar que a atividade foi exitosa, pois através do esclarecimento diversos paradigmas e preconceitos foram combatidos, culminando com o “recrutamento” de apoiadores dessa luta antimanicomial que ainda precisa ser fortalecida, para que se alcance as melhores condições de tratamento aos usuários com transtornos mentais.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde. Saúde mental. Reforma dos serviços de saúde.

Recebido: Ago. 15, 2017
Aceito: Nov. 16, 2017

COMO CITAR ESTE ARTIGO

Chaves EC, Santos KCV, Pires CAA. Educação em saúde sobre a luta antimanicomial para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial em Belém-PA. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. 2017 Jan-Jul;2(1):74-79. <http://dx.doi.org/10.4322/ijhe.2016.031>

CORRESPONDÊNCIA

Emanuele Cordeiro Chaves
Núcleo de Medicina Tropical,
Universidade Federal do Pará
Av. Conselheiro Furtado, 1734,
Cremação, CEP 66040-100, Belém (PA),
Brasil
manu.chaves@hotmail.com

FONTE DE FINANCIAMENTO
Nenhuma.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não
haver conflitos de interesse.

O estudo foi realizado na
Secretaria Municipal de Saúde
de Belém, Belém (PA), Brasil.

O estudo dispôs a aprovação
em Comitê de Ética, por se tratar
de um relato de experiência.

Todos os autores leram e aprovam
a versão final submetida ao
*Interdisciplinary Journal of
Health Education (IJHE)*.

ABSTRACT

Contextualization: The historical analysis of the treatment directed to the user with mental disorder makes it possible to identify the advances that have occurred over the years, which represents an achievement of the Movement of the Fight against Assault, but that needs to be strengthened nowadays. In this sense, the objective was to report an action of health education on the anti-asylum fight carried out with users of a Psychosocial Care Center. **Description of the experience:** It is a cross-sectional, descriptive study with a qualitative approach. In allusion to the World Day of Anti-Manicomial Struggle, a conversation was held at a Psychosocial Alcohol Drug Attention Center (CAPS AD) in the city of Belém, Brazil, about the anti-asylum fight. Twenty-seven users of the service participated in the activity. For the achievement of the study the methodology of conversation wheel was used, being the experience was realized in two moments, first the talk wheel conducted by a nurse and a medical student of the Program of Education by Work (“PET-Saúde/GraduaSUS”), from six images on the theme, followed by the construction of a clothesline containing the photographs previously used, entitled “fight clothesline”. **Results and impacts:** Users actively participated in the discussion, becoming empowered about the issue. From the conversation, the following questions emerged: the importance of having confidence in the treatment and control of disorders; The value of transforming society into a less hostile environment to this population; The need for complementary activities such as arts and sports. **Final considerations:** It can be considered that the activity was successful, because through the enlightenment several paradigms and prejudices were combated,

culminating in the “recruitment” of supporters of this anti-asylum struggle that still needs to be strengthened, in order to achieve the best treatment conditions To users with mental disorders.

KEYWORDS: Health education. Mental health. Health care reform.

Contextualização

Buscar compreender a perspectiva histórica da psiquiatria é reconhecer, como um dos princípios fundamentais, que as práticas psiquiátricas, a doença mental e o saber que a reconhece são contraditórios e estão relacionados ao contexto político, econômico e social de cada sociedade, e que, portanto, verdades absolutas não podem ser consideradas, uma vez que a determinação da loucura está ligada a múltiplos fenômenos¹.

Historicamente, a loucura foi caracterizada e pensada de forma dependente dos momentos sociais, políticos e culturais da humanidade, podendo ser vista como ligada aos deuses ou como castigo de Deus. Desta forma, os ditos loucos eram excluídos do meio social, o que implicou no surgimento dos “asilos”, nos quais muitos pacientes eram acorrentados e submetidos a tratamentos como banhos gelados, eternizando uma vida em meio à tortura e à total perda de dignidade².

Os “manicômios” efetivamente foram inaugurados no Brasil durante o segundo reinado (1841-1889), contudo esses indivíduos eram tidos como indesejáveis nas Santas Casas de Misericórdia, as quais ainda em meados do século XVIII já dispunham de “casinhas de doidos”³. Tanto na Europa quanto no Brasil, os “manicômios” foram erguidos muito antes do surgimento de terapias e prescrições psiquiátricas, de forma que as pessoas com “males da loucura” não obtinham nenhum tipo de assistência médica⁴.

No Brasil, o Movimento da Luta Antimanicomial iniciou-se no final da década de 1970, sendo motivado pela luta em favor dos direitos dos doentes mentais, representando não somente uma metamorfose às práticas anteriormente encarregadas da Saúde Mental como também impulsionando a sociedade a refletir sobre a separação entre normalidade e doença, loucura e sanidade⁵.

Como fruto do Movimento da Luta Antimanicomial, foi aprovada em 2001 a Lei nº 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que trata sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e reorienta o modelo assistencial. É notório seu potencial indutor de transformações e avanços no cenário assistencial do país, com mudanças no perfil dos hospitais psiquiátricos com incentivo financeiro para os de menor porte, redução drástica dos leitos SUS em hospitais psiquiátricos, além de registrar o repasse de recursos federais de incentivo financeiro para o desenvolvimento de estratégias de reabilitação psicossocial e em chamadas de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares⁵.

Apesar dos avanços obtidos, ainda existe a necessidade de se consolidar efetivamente os direitos conquistados e caminhar em busca do alcance de mais direitos. Nesse contexto, os usuários e seus familiares representam os principais receptores dos serviços de saúde mental e potenciais interessados em mudanças mais profundas nas políticas e sistemas convencionais de saúde mental, por isso, em muitos países eles desenvolvem ações próprias e autônomas, forçando serviços e programas a darem respostas mais adequadas a suas necessidades, além de criarem novos conceitos e abordagens teóricas. Em alguns países do Norte da Europa e de cultura anglo-saxônica, as abordagens e as estratégias de empoderamento constituem a principal perspectiva conceitual e prático-operativa nesta direção⁶.

Nesse sentido, o presente artigo objetiva relatar uma ação de educação em saúde sobre a luta antimanicomial realizada com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.

Descrição da experiência

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem qualitativa, que utilizou como metodologia a realização de roda de conversa. A experiência foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), no município de Belém-PA, onde são realizados atendimentos multiprofissionais relacionados ao etilismo, adicção e outros agravos previstos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais versão número 5 (DSM-V). A condução da atividade foi realizada por uma acadêmica de medicina e uma enfermeira, como parte das atividades do Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde GraduaSUS), e com o apoio dos profissionais que atuam no CAPS.

Em alusão ao Dia Mundial de Luta Antimanicomial, comemorado em 18 de maio, foi organizado pela Coordenação do CAPS uma Programação especial sobre a temática, dentre a qual a realização de uma roda de conversa, a qual é relata no presente manuscrito. A atividade contou com a participação de 27 usuários do serviço. A metodologia utilizada para a abordagem educativa foi roda de conversa, pois se trata de um método de ressonância coletiva, que consiste na criação de espaços de diálogo, nos quais as pessoas podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos⁷.

A abordagem educativa foi realizada em dois momentos:

- Realização da roda de conversa: inicialmente foi estruturada a roda de conversa, de forma que todos os participantes pudessem se enxergar e assim facilitar o diálogo, posteriormente todos os participantes se apresentaram e a acadêmica e a enfermeira apresentaram seis imagens que representavam aspectos importantes da Luta Antimanicomial, como as instituições manicomiais do século XX, imagens metafóricas sobre a mente e fotos que remetiam à importância da multidisciplinaridade no tratamento dos transtornos mentais, e instigaram a participação dos usuários no debate sobre a temática, de forma que estes pudessem refletir sobre os avanços e desafios relacionados ao atendimento em saúde mental no Brasil;
- Construção do “Varal da luta”: após a abordagem inicial, os usuários foram convidados a pregar as imagens previamente utilizadas na discussão em um varal de fotografias, nomeado de “Varal da luta”, localizado em um espaço aberto do centro, como uma forma simbólica de expor a luta antimanicomial como parte de um movimento que os profissionais de saúde e a sociedade de forma geral precisam “vestir”.

Resultados e impactos

A atividade produziu empoderamento dos usuários acerca da luta antimanicomial, pois se verificou que a partir do conhecimento repassado, eles puderam refletir e compartilhar com o grupo vivências relacionadas ao cuidado dispensado aos usuários em tratamento para saúde mental, tanto pelos profissionais de saúde quanto pela própria família, e assim discutir sobre os avanços e desafios que ainda existem na abordagem em saúde mental.

Estudo realizado em 2013 em um CAPS III na cidade de Campinas-SP identificou, a partir da visão dos usuários, que o empoderamento perpassa pela independência e liberdade, pelo conhecimento, informação e capacitação e pelo desenvolvimento do autocuidado e do cuidado de si⁸.

Desta forma, a partir da conversa, os usuários puderam se enxergar como parte importante dessa luta, a qual deve ser fortalecida diariamente, para que eles possam



desfrutar do melhor atendimento possível, e consequentemente terem o seu estado de saúde recuperado com maior brevidade.

A importância da discussão da temática é ratificada por autores que afirmam que após a legitimação de alguns dos pressupostos do movimento da Luta Antimanicomial parece que a sociedade se encontra em um processo de “adormecimento” de luta, seja ele decorrente do próprio avanço dos paradigmas ou pelo cenário dos movimentos sociais na atualidade, que não possuem uma unidade e, por vezes, fragmentam-se⁹.

Durante a atividade, algumas questões foram pontuadas pelos usuários, como:

- A importância de se ter confiança no tratamento e no controle dos transtornos: alguns pacientes relataram que se sentiam inseguros em relação à possibilidade de recaídas e manifestaram dúvida sobre a eficácia do tratamento, para isso a enfermeira e a acadêmica esclareceram a necessidade de adesão à terapêutica, para que esta realmente surta os efeitos desejados, além disso, apresentaram a persistência como uma característica pessoal que pode ser aliada fundamental para o desfecho favorável, o que foi corroborado por usuários presentes no grupo;

Tal questão aponta para a importância de se analisar o grau de acolhimento e vínculo entre serviço, profissional e usuário, que consiste em um dos fundamentos das Redes de Atenção à Saúde para eficiência da qualidade de cuidado ofertado, que é alcançado através de uma relação que necessita ser construída desde o primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde, por meio de uma interação que gere confiança e empatia¹⁰.

- O valor de transformar a sociedade em um meio menos hostil a essa população: quando exposto o paradigma sobre o modelo anterior de tratamento em saúde mental (manicômios) e o atual (CAPS), os usuários verbalizaram que realmente essa mudança foi muito importante para eles, pois se estivessem vivenciando o modelo de tratamento anterior estariam “aprisionados”, e ao contrário disso, atualmente recebem tratamento multiprofissional e podem manter seus vínculos familiares e sociais mesmo durante o tratamento. Contudo, reforçaram que a abordagem da sociedade à pessoa com problemas de saúde mental precisa ser melhorada, pois ainda continuam sendo vítimas de preconceito em diversas esferas.

Além dos CAPS, que tem sua atuação no nível secundário de assistência, deve-se destacar que o cuidado prestado à pessoa com doença mental no município de Belém-PA vivencia a transição da assistência para os serviços de atenção primária, mais especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), o que segundo a literatura¹¹ é fundamental para que se tenha a oportunidade de organizar os serviços de saúde mental de uma forma capaz de evitar o isolamento, o preconceito, a discriminação, além de facilitar a compreensão das vivências através de atitudes humanizadoras.

- A necessidade de atividades complementares, como artes e esportes: verificou-se que percentual importante de usuários desenvolvia alguma atividade relacionada a artes ou esporte, sendo relatada a importância destas na promoção de saúde. Por exemplo, um dos usuários afirmou que tem obtido sucesso ao se utilizar da música para controlar os sinais de abstinência do álcool.

Tal constatação realizada pelos usuários vai ao encontro do resultado obtido em um estudo de revisão sistemática, que analisou a produção científica publicada no período de 2000-2013 que versava sobre o efeito da arte como recurso terapêutico para pessoas com transtornos mentais por meio de metodologia qualitativa, e identificou que a arte possui um potencial significativo para a reabilitação psicossocial de pessoas



com transtornos psíquicos, podendo funcionar como um valioso recurso no cenário atual de desafios para o cuidado em saúde mental¹².

Ao final da roda de conversa os usuários participaram ativamente da construção do “varal da luta”, assim como os profissionais do centro, além disso, os pacientes reconheceram a importância do CAPS na luta antimanicomial e avaliaram a estratégia de roda de conversa como eficaz para a discussão da temática, pois permite não só o compartilhamento de informações técnicas pelos profissionais como também das vivências dos usuários, constituindo um espaço de construção de saber e desconstrução de preconceitos.

O principal desafio encontrado para a realização da atividade foi a fase de “conquista” da confiança dos usuários, para que pudessem participar como sujeitos ativos do processo e a metodologia pensada fosse praticada. Para superar esse desafio a equipe de pesquisa teve o apoio incondicional dos funcionários do CAPS, que apresentaram o grupo de pesquisa como pessoas que são envolvidas com a causa e, portanto, dignos da confiança dos usuários, de forma que o vínculo existente entre os colaboradores do serviço e usuários fosse expandido também para os pesquisadores.

As limitações do estudo estão relacionadas à própria natureza do estudo transversal, o qual avalia a ocorrência dos eventos em um único momento de tempo.

Considerações finais

Pode-se considerar que a atividade foi exitosa, pois através do esclarecimento diversos paradigmas e preconceitos foram combatidos, culminando com o “recrutamento” de apoiadores dessa luta antimanicomial que ainda precisa ser fortalecida, para que se alcance as melhores condições de tratamento aos usuários com transtornos mentais.

Do ponto de vista da acadêmica de medicina, destaca-se que a atividade permitiu a descoberta de questões sobre as necessidades dos usuários nunca antes escutadas ou estudadas em sala de aula. Além disso, despertou a reflexão sobre a complexidade do atendimento médico a ser realizado, pois quando o relato das queixas dos usuários não corresponde à racionalidade e sim a um emaranhado junto a uma mente que sofre e precisa de ajuda, cabe ao profissional adentrar em sua irracionalidade e protegê-lo, para então convencê-lo que se trata de uma enfermidade e que mesmo que não pareça, melhorará com o tratamento.

Desta forma, existe a necessidade de mudanças nos paradigmas relacionados à saúde mental brasileira que deve começar na própria academia. Propostas de humanização que gradativamente adentram às Universidades brasileiras, através do ensino do Sistema Único de Saúde merecem uma abordagem vigorosa e exigente sobre essa temática. Atividades como a realizada, em parceria da Universidade com o serviço, devem ser estimuladas, pois possibilitam a construção e reconstrução de saberes entre usuários, profissionais e acadêmicos.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde de Belém-PA, pela disponibilização do espaço e mobilização dos usuários para participação no encontro.

Referências

1. Oliveira FB, Fortunato ML. Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2003;56(1):67-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000100014>.
2. Pires JF, Resende LL. Um outro olhar sobre a loucura: a luta antimanicomial no Brasil e a Lei 10.216/2001. *Cad Esc Dir Rel Int.* 2016;2(25):34-47.



3. Lima AF. Os movimentos progressivos-regressivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil: uma análise de saúde mental na perspectiva da psicologia social crítica. *Rev Salud Soc.* 2010;1(3):165-77. <http://dx.doi.org/10.22199/S07187475.2010.0003.00002>.
4. Rameh-de-Albuquerque RC, Lira WL, Costa AM, et al. Do descaso a um novo olhar: a construção da Política Nacional de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas como conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caso de Recife (PE). *Psicol Pesqui.* 2017;11(1):1-2.
5. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Saude Soc.* 2017;26(1):155-70. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>.
6. Vasconcelos EM. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa /interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. *Cien Saude Colet.* 2013;18(10):2825-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000007>.
7. Coelho DM. Intervenção em grupo: construindo rodas de conversa. In: *Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO; 2007 Out; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psicologia Social; 2007.*
8. Alves TC, Oliveira WF, Vasconcelos EM. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. *Physis.* 2013;23(1):51-71. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000100004>.
9. Machado PF, Scarpato HBK, Hernandez ARC. Narrativas do silêncio: movimento da luta antimanicomial, psicologia e política. *Rev Psicol Política.* 2015;15(34):599-616.
10. Nóbrega MPSS, Silva GBF, Sena ACR. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. In: *Atas do 5º Congresso Íbero-Americano em Investigação Qualitativa; 2016 Jul; Porto, Portugal. Porto: Ludomedia; 2016.*
11. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Guimarães JMX, et al. Saúde mental no contexto do Programa Saúde da Família: representações sociais de usuários e familiares. *Rev Rene Fortaleza.* 2008;9(3):9-18.
12. Correia PR, Torrenté MON. Efeitos terapêuticos da produção artística para a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais: uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saude Colet.* 2016;24(4):487-95. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600040211>.

Contribuição dos autores

Emanuele Cordeiro Chaves e Karen Caroline Vieira dos Santos participaram da elaboração e desenvolvimento da atividade educativa e de todas as fases de elaboração do manuscrito. Carla Andréa Avelar Pires participou na concepção inicial, acompanhamento, orientação do estudo e revisão crítica do manuscrito.