

Educação Permanente em Saúde e Manoel de Barros: uma Aproximação Desformatadora

Permanent Education in Health and Manoel de Barros: a 'Disforming' Approach

Eluana Borges Leitão de Figueiredo¹
Mônica Vilella Gouvêa¹
Ana Lúcia Abrahão da Silva¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Profissional em Saúde Pública;
- Educação Continuada;
- Poesia;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Education, Public Health Professional;
- Continuing Education;
- Poetry;
- Medical Education.

RESUMO

Trata-se de uma reflexão que promove diálogo entre pressupostos da Educação Permanente em Saúde (EPS) e proposições desformatadoras do poeta Manoel de Barros, com o objetivo de contribuir para a transição da formação e do trabalho em saúde. Optou-se por desvelar tal aproximação com base nos versos do poema "As lições de RQ", que funcionaram como plataforma para os saltos reflexivos. A discussão encontrou respaldo principal em Paulo Freire e Adolfo Sanchez Vázquez, uma vez que caminhou na perspectiva de uma práxis revolucionária, transformadora e libertadora.

ABSTRACT

This work serves as a theoretical construction promoting dialogue between the assumptions grounding permanent education in health (EPS) and the poet Manoel de Barros' 'disforming' propositions, in order to contribute to views on training and working in health. We have decided to unveil such an approach from the verses of the poem "As Lições de RQ" ("The RQ Lessons") that serve as the basis for reflective advances. The discussion is mainly based on the works of Paulo Freire and Adolfo Sánchez Vázquez, as it shifts toward a revolutionary, transformative and liberating praxis.

Recebido em: 05/07/2015

Aprovado em: 13/01/2016

INTRODUÇÃO

Este estudo propõe um diálogo entre pressupostos da Educação Permanente em Saúde (EPS) e a construção poética do brasileiro Manoel Venceslau de Barros (MB), falecido em novembro de 2014. Intelectual desformador do cotidiano, MB esfarela e fragmenta palavras para reconstruí-las com sentidos desviados, instaurando novos caminhos e realidades possíveis¹. Nessa empreitada, o poeta não se prende às regras linguísticas, mas as desveste permanentemente por meio de invenções e reinvenções de palavras.

A linguagem singular de MB compõe o que o próprio costumava denominar “idioleto manaelês arcaico: dialeto que os idiotas usam para falar com as pedras e com as coisas” (p.43)². O poeta surpreende com sua capacidade potente de ressignificar as palavras e acrescentar valor às coisas pouco percebidas no cotidiano. Suas obras instauram uma poesia do “des”, da negação, da desconstrução incessante e radical do mundo.

Por outro lado, a EPS é o processo educativo que se dá “no” e “para o” trabalho em saúde, e o trabalho, como nos diz Franco³, é o lugar de produção de cuidado, ao mesmo tempo em que é cenário de produção pedagógica, uma vez que coloca a realidade em análise e possibilita rever os atos produzidos pelos trabalhadores no cotidiano. A EPS, portanto, favorece espaços coletivos para pensar, refletir e agir. Desta forma, estabelecer relações mais horizontais entre os trabalhadores de saúde, romper com a lógica do ensino transmissor por meio de um ensino-aprendizagem problematizador e ainda comprometer o trabalhador com a produção dos atos de saúde são os principais argumentos que movem a EPS.

Este artigo pretende ancorar a EPS nesse olhar desviado e desformado sugerido pelo escritor, com base no poema intitulado “As lições de RQ”. Refletindo a partir desse poema, que o autor dedicou ao pintor boliviano Rômulo Quiroga, a produção de movimento e sentido quando sobreposto à concepção da EPS, conferindo-lhe, ao mesmo tempo, leveza e sensibilidade.

O CAMINHO DA REFLEXÃO

A escolha do poema deveu-se a seu traço envolvente e inspirador, que reflete bem tanto o legado de MB quanto a proposta da EPS, na perspectiva do olhar transgressor sobre o cotidiano e do rompimento com estruturas cristalizadas da formação em saúde, pois trata de rupturas, subversões e desestabilizações, evocando um potencial libertário e transformador (p. 75):

*Aprendi com Rômulo Quiroga (um pintor boliviano):
A expressão reta não sonha.*

Não use o traço acostumado.

A força de um artista vem das suas derrotas.

Só a alma atormentada pode trazer para a voz um formato de pássaro.

Arte não tem pensa:

O olho vê, a lembrança revê, e a imaginação transvê.

É preciso transver o mundo.

Isto seja:

Deus deu a forma. Os artistas desformam.

É preciso desformar o mundo:

Tirar da natureza as naturalidades.

Fazer cavalo verde, por exemplo.

Fazer noiva camponesa voar – como em Chagall.

Agora é só puxar o alarme do silêncio que eu saio por aí a desformar.

Até já inventei mulher de 7 peitos pra fazer vaginação comigo².

As afinidades entre a EPS e a artesanaria poética de MB, associadas a outros pensadores como Paulo Freire e Adolfo Sanchez Vázquez, conduziram a discussão, pautada na experiência do novo diante dos imperativos técnicos e tradicionais do trabalho em saúde.

Cabe ressaltar que a tessitura apresentada no material, entre a poesia e a EPS, foi construída verso a verso. Buscou-se analisar as características linguísticas e os diferentes aspectos do pensamento de Manoel de Barros, correlacionando-os com a proposta da EPS à luz da Política Nacional de Educação Permanente.

Cada verso foi analisado, e os elementos “entrosáveis” foram pormenorizadamente atrelados à EPS. Após exaustiva leitura e construção de relações entre o mundo da formação e a literatura de Manoel, o poema foi dividido em quatro categorias: “A expressão reta não sonha. Não use o traço acostumado”; “A força de um artista vem das suas derrotas; só a alma atormentada pode trazer para a voz um formato de pássaro”; “Arte não tem pensa: o olho vê, a lembrança revê e a imaginação transvê”; e, por fim, “É preciso transver o mundo; É preciso desformar o mundo; Agora é só puxar o alarme do silêncio que eu saio por aí a desformar”.

Cada categoria foi agrupada por afinidades de conteúdos e, posteriormente, fundamentada com base em obras de importantes educadores e filósofos. O processo de pesquisa também envolveu consulta à bibliografia impressa: 9 livros, 1 tese, 3 portarias e 5 publicações de artigos pertinentes ao tema proposto.

Desta forma, foi se estabelecendo conversação e pontes entre a poesia e a EPS. Cabe sublinhar que o estudo não pre-

tende esgotar o exame epistemológico da questão, sobretudo pela riqueza dos conceitos trazidos por Manoel de Barros, Paulo Freire e Adolfo Sanchez Vázquez quando relacionados à potência das concepções que emergem da EPS.

“A EXPRESSÃO RETA NÃO SONHA. NÃO USE O TRAÇO ACOSTUMADO”

O verso “A expressão reta não sonha. Não use o traço acosturado” desvela aspectos importantes para a reflexão sobre a EPS. Aponta a imaginação, a abstração, a criatividade, a tortuosidade e o sonho como fundamentais ao processo de criação. Remete ao estranhamento da realidade como um processo transgressor e revolucionário fundamental para o (des)aprender. Indica ainda a necessidade de dizer não à comodidade, à reprodução acrítica, ao imediatismo, à rotina e à repetição. Na formação dos trabalhadores, tais características povoam muitos dos espaços institucionalizados da saúde, que, fechados em si mesmos, caminham acomodados com certos fazeres. Esses aspectos são fruto de uma formação racionalista centrada na doença, onde se aplicam tecnologias como produtos a serem consumidos. Nesse contexto, processos educativos esvaziados de crítica, autocrítica e autonomia preconizam a transmissão de conhecimentos como se esta fosse capaz de formar (novas) pessoas. Para os autores, formar é estar em formação, é produção, é “produzir-se” por meio de processos que tocam, deslocam e convocam a produção de outros traços, de outras formas de cuidado para além da doença^{4,5}.

A recomendação poética se aplica à EPS, uma vez que esta aposta no homem como potência transfiguradora de sua realidade e, nesse sentido, questiona a teoria descontextualizada do mundo real e a prática reta e acrítica, a fragmentação da formação e da atenção; os especialismos; os modelos tecnossistêmicos centrados exclusivamente em doenças; e as capacitações e treinamentos pontuais que se alimentam de uma concepção de ensino mecânico e transmissor. A recomendação de não usar o traço acosturado nos lembra das visões retas e acosturadas da formação em saúde capazes de emudecer os sujeitos trabalhadores, que perdem gradualmente a perspectiva de criar, de transgredir e de transformar-se.

Em sua poesia, MB utiliza a negação como maneira de se contrapor às formas retas e acosturadas, incentivando a construção de outros traços. O poeta ressalta que o lógico emoldurado não se permite sensibilizar para qualquer transformação¹.

Na arte do fazer e do educar, Paulo Freire reforça essa compreensão ao conceder ao ser humano a condição de não emoldurável, pelo permanente movimento de fazer e refazer-se. A “linha reta” que não sonha é criticada por Freire, e o

treinamento de pessoas apenas para o desempenho de “destrezas” é objeto de sua resistência. Na dimensão do sonhar, Freire afirma (p. 91):

Sonhar não é apenas um ato político necessário, mas também uma conotação de forma histórico-social de estar sendo de mulheres e de homens. [...] Não há mudança sem sonho como não há sonho sem esperança⁶.

Historicamente, as práticas nos campos da educação e da saúde têm sido impregnadas de expressões “retas” e “traços acosturados”, configurados pela fragmentação da formação e da atenção, com predomínio de aspectos técnicos. Considerando a vertente da formação em saúde, o ensino tradicional transmissor de conhecimentos, que ao mesmo tempo forma e deforma, tem norteado há tempos os processos educativos dos profissionais de saúde. Em verdade, mesmo diante dos alertas sobre as necessárias mudanças paradigmáticas configuradas pela substituição de um modelo centrado na doença para outro centrado no humano e em suas complexidades, a educação tradicional ainda utiliza práticas cerceadoras de liberdade e de criatividade, ignorando a dimensão global e multidimensional do ser humano⁷ (p. 37, 38). Nesse sentido, a clássica alusão de Freire ao formato “bancário” de educação se aproxima da concepção de realidade reta e imutável⁸.

Capacitações e treinamentos ainda compõem o cotidiano dos trabalhadores de saúde nos serviços, muitas vezes restringindo-os à aplicação de métodos e técnicas pedagógicas com o objetivo de alcançar metas específicas. Tais propostas acabam gerando baixa capacidade de problematização e tendência de trabalhar com projetos pontuais, em vez de fortalecimento da educação numa perspectiva de processo permanente. Essa lógica pressupõe a reunião de pessoas em espaço e tempo específicos, muitas vezes isolados do contexto do trabalho, diante de especialistas que transmitem conteúdos/conhecimentos com a pretensão de que sejam incorporados a cada realidade, nem vista e nem vivida⁹.

Nasce, nesse contexto, o ideário da EPS, que aponta a necessidade de um processo de formação capaz de (des/re)formar o pensamento e de fomentar a participação crítica e ativa dos sujeitos na construção de seus conhecimentos com base na reflexão e na prática.

Pedro Demo¹⁰ lembra que a prática, embora se beneficie da expressão concreta da realidade, tende a se converter em rotina, girando em torno de si mesma, associando-se a normas e valores em um sistema produtor de repetição. Nesse sentido, Freire reforça que o discurso teórico necessário à reflexão crítica tem que ter tal concretude que se confunda com a práti-

ca. Vázquez dialoga com ele quando afirma que “a teoria por si só não transforma o mundo real e torna-se prática quando penetra na consciência dos homens”¹¹ (p. 127). Assim, teoria e prática isoladas em seus próprios contextos podem se tornar inférteis ou inoperantes e, portanto, pouco capazes de gerar práxis transformadora.

Freire reforça que a reflexão crítica sobre a realidade é um meio para que a teoria não seja apenas discurso, e a prática, simples ativismo⁸. Vázquez, pensando a relação dialética entre teoria e prática, adverte que a incorporação da primeira só se torna prática efetiva se for aceita pelos homens. Esse aceite é condição essencial para uma ação transformadora. O autor escreve que é dessa forma que se constitui a práxis, como fruto de necessidades radicais e, sobretudo, humanas, passando do plano teórico ao prático¹¹. A práxis em Vázquez pressupõe revolução e abertura a outros modos de ver e compreender a realidade e, portanto se aproxima do convite de Manoel de Barros para o “transver”.

Cabe situar que a EPS no Brasil alcançou o estatuto de política pública na saúde no ano de 2004, quando adquiriu revestimento teórico e conceitual. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) explicita a emergência de romper com a lógica de compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais e ressalta a necessidade de mudança nos cenários institucionais de educação na saúde. Orienta ainda para a necessidade do encontro entre os diferentes sujeitos e a incorporação do novo a partir da ação-reflexão-ação no processo de trabalho. Expressa também a importância de romper com estruturas rígidas e hierarquizadas do ensino tradicional e, assim, se contrapõe às formas retas e acostumadas da produção do cuidado em saúde.

A construção de novos traços nos cenários de formação dos profissionais de saúde encontra na concepção de EPS cenário favorável, uma vez que favorece a desestabilização das relações de poder e de saber para operar a dialética do ensinar e do aprender com o outro, na qual quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Assim, a PNEPS preconiza, por meio de um olhar renovado, a transformação da prática, ou seja, o operar de uma práxis revolucionária¹¹.

Cabe ressaltar que a criação da PNEPS não garante mudança no cotidiano dos serviços de saúde. Enquanto política, existe em estado de orientação teórica e, portanto, não se configura como práxis, a não ser que seja incorporada pelos sujeitos. Vázquez lembra que a práxis é mais que a prática, é uma ação que tem fim em si mesma e que não cria ou produz um objeto alheio ao agente ou à sua atividade. A prática revolucionária é, para o autor, a transformação da sociedade mediante a criação dos homens, práxis esta que não pode ser esclarecida teoricamente, nem dirigida praticamente¹¹.

O autor salienta que a teoria só se torna fecunda se não perde os laços com a realidade e com o cotidiano, que é sua fonte inesgotável. Vázquez afirma que a teoria transforma apenas nosso conhecimento dos fatos e nossas ideias sobre as coisas, mas não as próprias coisas¹¹. Assim, se o cotidiano do trabalhador de saúde for sensível e sonhador, maior a possibilidade de sua encarnação⁵ não ser reta e nem acostumada².

A FORÇA DE UM ARTISTA VEM DAS SUAS DERROTAS

Cabe refletir com o poeta que, para que sejam incorporados novos elementos à prática de saúde e para que haja mudança dos cenários habituais de ensino, é importante que os trabalhadores percebam os desconfortos e estranhamentos no cotidiano do trabalho. Esses incômodos, se problematizados pela equipe de saúde, podem gerar a força necessária à construção de novos movimentos, novas percepções e novas maneiras de produzir cuidado.

Nesse aspecto, Freire ressalta a necessidade da reflexão-ação crítica em que as pessoas se assumem como sujeitos que produzem saberes, contrapondo-se, assim, à lógica de transmissão-recepção de conhecimentos: “É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática”⁸ (p. 22).

O verso “A força de um artista vem das suas derrotas” traduz também a importância do reconhecimento de aspectos que precisam compor o que o homem/artista constrói: os inacabamentos, as incompletudes, as humanidades, as imprevisibilidades, as inconclusões, a falibilidade, a reflexão e a aceitação de uma realidade mutável. Defende, portanto, a compreensão, a acolhida e a tolerância à fragilidade, bem como a busca permanente pelo fazer e refazer no processo de construção, negando a formatação rígida, a reprodução acrítica e os modelos perfeitos e infalíveis nutridos pela lógica mecanicista e determinista em um sistema fechado.

O verso pode ser conectado aos pressupostos da EPS pela sensibilidade ao “não saber” e ao saber da experiência. As “derrotas” comuns ao cotidiano humano podem figurar ferramentas pedagógicas do aprender e do ensinar com o outro quando geram autoanálise, troca e afeto em um coletivo de trabalho. A partir do saber-se inacabado e da visão crítica sobre si e sobre o outro como sujeito imperfeito e falível é que se funda a educação como processo permanente. A EPS não sobrevive em ambientes acrílicos, desconectados do mundo e da realidade, onde as formações são rígidas e os sujeitos são percebidos como incapazes de criar e de construir saberes. Seu exercício pressupõe aprender e (des)aprender. Manoel de Barros, ao correlacionar derrota com força, aposta no crescimento, na mudança e no desafio da criação perante a beleza da falibi-

lidade humana. Para Barros, a maior riqueza do homem é sua incompletude².

Freire concorda com o poeta quando afirma que os homens/artistas são inacabados. Esse aporte considera o ser humano como um ser de busca e de incompletude, que, por reconhecer que “não sabe tudo”, busca permanentemente o conhecer e o saber.

Na visão de Freire, o inacabamento, a inconclusão ou a falibilidade do homem é própria e inerente à existência vital. Homens e mulheres inacabados, capazes de intervir no mundo, no trabalho e no curso da própria vida, em que o corpo humano vira corpo captador, transformador, criador de beleza e não de “espaço vazio” a ser preenchido por conteúdos⁶. Assim, a grande questão provocada pelo verso e que permeia o pensamento do educador é o saber-se inacabado. Esse é um pensamento imbricado com a proposta da EPS, uma vez que coloca os sujeitos da prática na condição de permanentes aprendizes, assim como reconhece a vida cotidiana desses seres como potencial espaço educativo⁹.

Freire, ao afirmar que ninguém sabe tudo e que o conhecimento é um processo dialético de constante construção e reconstrução, desenhou a educação com cores que revelam a “inconclusão” do ser como geradora da própria educação: “Mulheres e homens se tornam educáveis na medida em que se reconhecem inacabados”⁸ (p. 33-34).

Se por um lado a importância do saber-se inacabado coloca o homem em um processo permanente de busca por conhecimentos, por outro, a visão acrílica percebe a atividade prática como fato que não exige explicação ou reflexão, numa relação direta e imediata com o mundo dos atos e objetos práticos em que as conexões com o mundo estão num plano “ateórico”. O sujeito, nessa última condição, não sente necessidade de romper com os hábitos institucionalizados que produzem sua prática. Ele pensa atos práticos, mas não faz da práxis seu objeto¹¹.

Vázquez agrega a importância de superar a ausência de processos reflexivos sobre a realidade e a necessidade de ascender à práxis de forma a reunir pensamento e ação.

Morin⁷, ainda na dimensão das incompletudes humanas, também tece considerações importantes ao associar o território da educação ao princípio da incerteza, da dúvida, dos questionamentos, das interrogações. Traz também a compreensão do homem nas suas multidimensionalidades e complexidades, apontando para o exercício de uma “racionalidade crítica” como indutor de troca de ideias entre o conhecimento que foi adquirido e a realidade em permanente mutação. Tal como em Freire, a racionalidade trazida por Morin abarca o diálogo e o pensamento crítico e autocrítico, e identifica-se com

as insuficiências e os inacabamentos do homem e sua subjetividade, afeto, amor e arrependimento⁷.

Adensando esse pensamento, a educação transformadora como processo permanente, feita por/para sujeitos inconclusos, deve ter permeabilidade ao diálogo crítico. Em Freire, a educação é constituída por seres em constante mudança⁶ e que precisam, como em Vázquez, ascender à práxis¹¹. Schön¹², em discussão sobre a reflexão na ação, destaca que é possível construir conhecimentos com crescentes níveis de criticidade no cotidiano, usando como ferramenta o processo de reflexão e a observação do real. Dessa forma, diálogo, reflexão e observação crítica podem ser considerados como traços não acostumados que possibilitam análise constante do que acontece no cotidiano, transformando, assim, as práticas profissionais e a própria organização do trabalho.

Articulando o poeta com a perspectiva da EPS que toma o cotidiano da saúde como gerador de força reflexiva, as “derrotas” são fundamentais diante da compreensão da incompletude humana e alimentam a práxis que Vázquez discute quando admite que os fins gerados pelo plano ideal podem ser imperfeitos, exigindo, assim, novos processos de reflexão-ação-reflexão.

“SÓ A ALMA ATORMENTADA PODE TRAZER PARA A VOZ UM FORMATO DE PÁSSARO. ARTE NÃO TEM PENSA: O OLHO VÊ, A LEMBRANÇA REVÊ E A IMAGINAÇÃO TRANSVÊ”

Aqui o autor explicita o olhar transgressor e transformador, instaurando a desordem para criar um novo jeito de perceber a realidade sob a ótica de quem captura o que o pensamento acrílico não vê. Trazer para a voz o formato de um pássaro é não se conformar com as “naturalidades”, criando outras possibilidades.

Assim, o poeta se distancia da lógica racionalizadora, do previsível, das regras, do preconcebido e da linearidade dos fatos, para aventurar-se e arriscar-se na inquietação, na redescoberta, na dúvida, no desaprisionamento da voz em um verdadeiro espaço para criação e intervenção. Tal sentido converge com a EPS quando esta pressupõe a problematização, a postura questionadora e reflexiva, e a aprendizagem significativa no universo das experiências e das vivências dos trabalhadores de saúde. Nas estratégias problematizadoras, a aprendizagem significativa ocorre como decorrência do “desconforto” propiciado pela “constatação da insuficiência de saberes frente a desdobramentos de uma situação ou problema claramente apresentado em suas diversidades e aparentes contradições”¹³ (p. 569). Ressalta-se que a aprendizagem significativa está inscrita na PNEPS e tem como eixo a discussão

crítica das práticas concretas⁹. A EPS é, portanto, fruto da visão de que o conhecimento não se transmite, mas se constrói a partir das dúvidas e do questionamento das práticas vigentes à luz de questões e problemas contextualizados¹⁴.

A EPS pressupõe a participação crítica dos trabalhadores e o investimento na formação de sujeitos produtores de saberes e práxis transformadora. Ela vislumbra mudanças nos cenários institucionais de formação, promove a desestabilização das relações de poder entre os membros de equipes de saúde e contribui para a dialética do aprender e do ensinar com o outro. Nesse sentido, assim como no verso, sugere o transver das situações diárias como potenciais espaços de aprendizagem e crescimento¹⁴.

Paulo Freire também aposta no risco, na revelação e na transgressão como força criadora para a transformação de um sujeito de/em construção. Se desvestir dos desenhos habituais, das formas engessadas, e sugerir novas maneiras de transcender os traços acostutados são características deflagradoras da criação. Quanto maior a capacidade de exercitar e manifestar a indagação, a dúvida e o questionamento do cotidiano, maior o potencial crítico e revolucionário. Manter vivo o gosto da “rebelia” e da não conformação pode “imunizar” o sujeito contra o poder opressor do ensino tradicional “bancário”, que deforma em vez de desformar, como bem retrata Freire⁸.

Quanto à arte, para o poeta não tem “pensa”, ou seja, não fica engessada ao traço acostutado ou subjugada pela racionalização. Freire, analisando a prática educativa, convida a “pensar certo” e a instaurar a crítica constante, pensando-a em um movimento voltado para o fazer e o pensar sobre o fazer. Pedro Demo, ao escrever sobre o pensar e o fazer, refere a importância do saber pensar e associa este pensar ao saber intervir. Em concordância com Freire e com Barros, Demo afirma a necessidade de ver e ainda, como o poeta, de transver além das aparências, através da leitura do cotidiano e da des/reconstrução de suas tramas¹⁰.

A EPS parte do princípio de que sujeitos trabalhadores constroem conhecimento e analisam o próprio fazer¹⁵. Nesse sentido, “pensar certo” quando desconsidera o ato da transmissão de conteúdos como estratégia fundamental de produção de conhecimento. Se os atores que orientam e desenham a EPS no cotidiano do trabalho em saúde partilharem tais conhecimentos, questionando os padrões acostutados estabelecidos, haverá ambiente favorável à educação libertadora. Segundo essa concepção, Freire e Vázquez consideram o pensamento crítico e reflexivo como processo libertador, no qual, por meio da práxis, os seres humanos se descobrem como sujeitos de ação, transformação e intervenção.

A PNEPS propõe que a educação dos trabalhadores da saúde se faça com base na análise e problematização do processo de trabalho. A problematização referenciada por Berbel a partir do Arco de Maguerez¹⁶ pressupõe partir e retornar à realidade dialeticamente. Tal movimento se assemelha ao processo de ver, rever e transver anunciado pelo poeta, que também ancora na realidade observada e vivida o processo de problematização. Nesse sentido, Freire defende que homens e mulheres exercitem sua capacidade de pensar, criticar, escolher, decidir e sonhar, ao afirmar:

“É PRECISO TRANSVER O MUNDO; É PRECISO DESFORMAR O MUNDO; AGORA É SÓ PUXAR O ALARME DO SILÊNCIO QUE EU SAIO POR AÍ A DESFORMAR”

Com o convite para transver o mundo e desformá-lo, o poeta afirma a necessidade de passar do plano reflexivo ao prático, da imaginação à intervenção e à desformação. Incita a um olhar renovado sobre o mundo e à construção de outras maneiras de desformá-lo, passando da imaginação à realidade das coisas e tirando do natural as naturalidades como um exercício dialético. Para isso, reconhece como fundamental a abertura ao transver.

Os versos guardam relação com a EPS, uma vez que, nesta, o foco se concentra em não aceitar as formas condicionantes a que os trabalhadores de saúde estão sujeitos no dia a dia, à medida que incorporam conhecimentos à vida cotidiana e adotam a prática reflexiva como rotina. A partir do que se vê e do que se lembra do que foi visto, pode-se partir para a desformação, e Manoel de Barros exemplifica isso quando sugere fazer cavalos verdes e noiva voando. Desformar o mundo tem a ver com transver as formas postas, as coisas naturais, as que estão confortavelmente instaladas, presas aos engessamentos institucionais.

Freire dialoga com Barros quando eleva a dimensão do ver ao transver e incita não apenas a constatar, mas, sobretudo, a intervir na realidade como sujeito crítico e criativo. Ao constatar, surge a capacidade de intervir e de desformar. Desformando se aprende permanentemente e eleva-se o ser humano à dimensão de um ser concreto, que existe no mundo e com o mundo como corpo consciente. A relação do homem com o mundo o coloca como sujeito da práxis, na qual, ao passo que transforma, transforma-se também¹¹.

O ser humano é, naturalmente, um ser da intervenção no mundo à razão de que faz a história. Nela, por isso mesmo, deve deixar suas marcas de sujeito e não pegadas de puro objeto¹⁷ (p. 119)

Freire compreende a educação com a convicção de que a mudança é possível e ressalta que só intervém quem constata e quem se coloca como sujeito na intervenção. A constatação da realidade gera novos saberes e novas habilidades de decisão, de escolha e de não neutralidade⁸.

Acredita que, desta forma, o treinamento técnico e a transmissão de saber não dão conta do desformar, pois tal exercício educativo não busca a profundidade dos fatos, mas, sim, a superficialidade deformadora. Freire diz que transformar a experiência educativa em puro treino é amesquinhar o que há de mais humano na educação. Também considera que a negação de uma formação integral do ser humano, com redução da educação ao treino, fortalece a maneira autoritária de falar e os métodos silenciadores de educar⁸.

O trecho do poema reflete bem o momento em que o conhecimento se constitui e os atributos necessários a essa criação: não usar o traço acostumado, ver, rever e transver, estar apto a criar, a desformar, a realizar, a transformar. Uma conquista de um saber fazer, de um saber ser, que se traduz como potência para um poder fazer.

Por fim, o alarme do silêncio apontado pelo poeta é o instrumento que permite a habilidade do ato de transver e de transformar. Freire diz que o “aprender é construir, reconstruir e constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco”¹⁸ (p. 41). Alarmar em silêncio é uma imagem poética que pode ilustrar a mudança interna e profunda que muitas vezes não precisa alarmar para dizer que mudou. É a revolução silenciosa, lenta e progressiva, transformadora de pessoas e de instituições, tão caras e necessárias à formação e ao cuidado em saúde¹⁹.

Na mesma linha de pensamento, a PNEPS⁹ faz refletir sobre o próprio conceito de trabalho como um espaço não neutro, sob permanente influência tanto de pessoas quanto das regras estabelecidas nas instituições. Nesse contexto, Merhy aponta que qualquer projeto que aspire a uma mudança deve tentar ao mesmo tempo a mudança das pessoas (valores, culturas, ideologias) e o funcionamento dos serviços, pensando e promovendo a relação orgânica entre pessoas e instituições¹⁹.

No intuito de responder à provocação da PNEPS na direção da aprendizagem significativa, ressalta-se que os processos educativos da EPS devem envolver a construção de um sujeito coletivo com identidade coletiva e com lutas coletivas, o que implica um movimento complexo de institucionalização e desinstitucionalização constante⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar o processo de formação dos profissionais de saúde sob o ponto de vista da Educação Permanente em Saúde im-

plica uma discussão que envolve a desconstrução de concepções teóricas e metodológicas tradicionais. Tais processos vêm sendo desenvolvidos de forma distanciada da realidade dos trabalhadores e dos serviços; com baixa capacidade de incorporar mudanças no cotidiano da atenção à saúde; numa compreensão do trabalhador como “caixa vazia” a ser preenchida por conteúdos transmitidos de forma hierarquizada e asséptica e na predominância de ambientes educativos/didáticos descontextualizados da vida real e baseados em técnicas de transmissão com fins de atualização.

A busca por processos menos enrijecidos, retos ou habitados na formação dos trabalhadores de saúde resultou em leituras e análises no sentido de compreender e revisitar as práticas educativas convencionalmente utilizadas, produzindo reflexão sobre a EPS como força criadora e libertadora. A procura encontrou eco em Manoel de Barros, cuja grande obra tem como característica central a proposta de transfigurar a realidade e enxergá-la com olhos livres de modelos preconcebidos. As imagens criadas pelo jogo de palavras do autor representam uma visão não convencional, e, nesse contexto, percebeu-se que as categorias poéticas poderiam contribuir com a discussão desconstrutora dos modelos tradicionais da formação profissional em saúde, trazendo para a cena a importância de rever as práticas ancoradas em rotinas e regras, em institucionalizações, em fragmentações e na simplificação com perspectiva acrítica e instrumental da educação.

As categorias recortadas do poema selecionado ilustram e fortalecem a importância do olhar diferenciado para a formação e reforçam a concepção rizomática de EPS, em que o trabalho é percebido como espaço não neutro e potente para transformação e desformação. As questões provocadas pela aproximação entre MB, autores e concepções no texto pretendem enriquecer o conceito de EPS pela soma de outros referenciais além dos já explicitados na PNEPS, de maneira a consolidar mudanças nos cenários acostumados; a reforçar a importância da expressão dos desconfortos do cotidiano; a fortalecer a formação de sujeitos protagonistas revolucionários, atentos ao inacabamento e à inconclusão da própria educabilidade e da permanência da educação.

Por fim, considerando a inquietação e o estranhamento da realidade promovida por Manoel de Barros e sua analogia com a EPS, a reflexão intencionou ressaltar a importância de romper com as formas endurecidas do pensamento e com as práticas (i)lógicas do fazer em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Grácia RK. O substrato do poético em “As lições de R.Q.”, de Manoel de Barros. *Texto Poético*. 2010; 9:200-17.

2. Barros M. Livro sobre nada. Rio de Janeiro: Record; 1996.
3. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2007 Dec [cited 2015 June 25]; 11(23):427-438. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832007000300003&lng=en
4. Abrahão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensino. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(49): 313-24
5. Capra, MLP. A educação permanente em saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho vivo em saúde. Rio Grande do Sul; 2011. Doutorado [Tese] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
6. Freire P. Política e educação. São Paulo: Cortez; 1993.
7. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO; 2000.
8. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 7.ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
10. Demo P. Saber Pensar. 5a ed. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire; 2007.
11. Vázquez AS. Filosofia da Práxis. 4.ed. São Paulo: Paz e Terra; 1990.
12. Schön D. A formação de profissionais reflexivos. Barcelona: Paidós; 1994.
13. Maia JA. Metodologias problematizadoras em currículos de graduação médica. *Rev Bras Ed Méd*. 2014; 38(4):566-574.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial União*, 13 Fev 2004.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial União*, 22 Ago 2007.
16. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface (Botucatu)*. 1998; 2(2):139-53.
17. Freire P. Extensão ou comunicação? 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1980.
18. Freire P. Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP; 2000.
19. Merhy EE, Campos GWS, Cecílio LCL. Inventando a mudança na saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Eluana Borges Leitão de Figueiredo participou da concepção do estudo e redação do artigo. Monica Villela Gouvêa participou da redação e da orientação das etapas e Ana Lúcia Abrahão participou da revisão e edição final do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Eluana Borges Leitão de Figueiredo
Estrada dos Menezes, 400
Colubandê – São Gonçalo
CEP: 24451-230 RJ
E-mail: eluanaoft@yahoo.com.br

Apontamentos sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação do Programa Mais Médicos

Notes on the Welcome and Evaluation Module of the Mais Médicos Program

Mateus Aparecido de Faria^I
Douglas Marcos Pereira de Paula^{II}
Cristianne Maria Famer Rocha^{III}

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Educação Permanente;
- Médicos Graduados Estrangeiros;
- Saúde Coletiva.

KEYWORDS

- Education, Medical;
- Education, Continuing;
- Foreign Medical Graduates;
- Public Health.

RESUMO

Este artigo se originou da experiência de participação em um Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas do Programa Mais Médicos, no Brasil. Tem como objetivo apresentar e discutir aspectos relativos aos conteúdos e práticas pedagógicas utilizadas em sala de aula, para, em um sentido mais amplo, fomentar as discussões acerca da formação médica brasileira, seja com profissionais brasileiros ou não. Ao final do processo de formação, percebeu-se um descompasso entre as ações pedagógicas realizadas nesse módulo e o que é preconizado pelas políticas públicas brasileiras no campo da formação profissional em saúde.

ABSTRACT

This article is based on the authors' participation in the organization of the Foreign Doctors' Welcome and Evaluation Module as part of the Programa Mais Médicos [More Doctors Program] in Brazil. The aim is to present and discuss several aspects of contents and pedagogical practices used in the classroom in order to foster wider debate on Brazilian medical education (whether with Brazilian professionals or not). At the end of the degree process, a discrepancy was noted between the pedagogical initiatives undertaken as part of the module and that which is recommended by Brazilian public policies for professional healthcare training.

Recebido em: 05/09/2014

Reencaminhado em: 30/11/2015

Aprovado em: 14/02/2016

^I Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos surge legalmente e após intensas discussões no cenário político brasileiro por meio da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013¹. Ao reiterar a necessidade de formação de recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e de acordo com o afirmado pela Declaração Política de Recife sobre Recursos Humanos em Saúde², o Programa Mais Médicos objetiva diminuir as desigualdades regionais no Brasil em relação à distribuição dos médicos; fortalecer a Atenção Básica; ampliar e qualificar o ensino e formação médica brasileira; executar de forma integral a Política Nacional de Educação Permanente (de tal forma que os espaços de trabalho atuem também como espaços de formação); promover o intercâmbio científico-cultural entre os profissionais médicos brasileiros com os provenientes de nações estrangeiras e incentivar pesquisas aplicadas ao SUS.

O programa se estrutura em três eixos de atuação³: (1) formação médica no Brasil, onde são restabelecidas normas para autorização, funcionamento e currículo de cursos de graduação e residências em Medicina; (2) ampliação e melhoria da infraestrutura, por meio da disponibilização de recursos para construção, ampliação e reforma de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e aumento do suporte financeiro federal à Atenção Básica nos municípios; (3) Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), com a oferta de incentivos à ocupação de postos de trabalho por profissionais médicos em área de vulnerabilidade social¹, sendo este eixo o objeto de reflexão deste artigo.

Ao ser organizado e executado de forma interministerial (ministérios da Saúde e da Educação), o PMMB se destina a duas modalidades de profissionais: médicos formados em instituições de ensino brasileiras ou que tiveram o diploma revalidado, chamados, legalmente, de médicos participantes¹; e médicos formados em instituições de ensino estrangeiras e que são participantes de intercâmbio internacional com o Brasil, chamados de médicos intercambistas¹. Para essas duas modalidades, o PMMB disponibiliza cursos de aperfeiçoamento em universidades¹, sempre considerando que a integração ensino-serviço é essencial para a efetivação dos objetivos do programa. Além disso, bolsas de formação e acolhimento aos dependentes desses profissionais também estão previstas na Lei¹.

Neste artigo, apresentamos e discutimos aspectos relativos aos conteúdos e práticas pedagógicas utilizadas no Módulo de Acolhimento e Avaliação dos Médicos Intercambistas, primeira fase do processo de aperfeiçoamento do profissional de Medicina formado no exterior, de acordo com o artigo 14² da referida Lei¹.

O MÓDULO DE ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO DE MÉDICOS INTERCAMBISTAS

O módulo teve carga horária total de 120 horas, distribuídas em três semanas, em que foram contemplados conteúdos referentes à legislação do SUS, assim como suas atribuições e modos de funcionamento, com foco especial na Atenção Básica à Saúde, protocolos do trabalho médico nacionalmente reconhecidos, ética médica e língua portuguesa.

O módulo, objeto deste artigo, realizado em 2013, foi organizado em sete eixos:

- Políticas de Saúde no Brasil, com abordagem da construção histórica e da atual dinâmica da situação em saúde no País;

- Organização de Sistemas de Saúde, que abordou temáticas demográficas e históricas sobre o SUS, utilizando documentários nacionais para apoiar as discussões sobre esse tema;

- Organização da Atenção à Saúde, com foco na Estratégia de Saúde da Família e nos processos de trabalho na Atenção Básica;

- Vigilância em Saúde, Gestão da Clínica e Trabalho em Equipe, com abordagem dos fluxos existentes para a alimentação dos bancos de dados em saúde no Brasil, desde o preenchimento de fichas temáticas até a consulta ao Banco de Dados do Departamento de Informática do SUS (Datusus). Com base nessas informações, abordou-se a construção da gestão da clínica na Atenção Básica em saúde, considerando-se o agente comunitário em saúde (ACS) como sujeito importante dessa construção⁴;

- Atenção às doenças prevalentes na população brasileira, partindo das políticas nacionais de saúde do homem, da criança e gestante, da mulher, saúde mental, além da exposição das atuais situações em saúde no que tange às doenças infectoparasitárias e causas externas;

- Aspectos Éticos e Legais da Prática Médica, conjugando os marcos histórico-legais do exercício médico brasileiro com as declarações éticas aceitas internacionalmente;

- Língua Portuguesa, eixo planejado para dar suporte aos exercícios propostos nos eixos anteriores, de forma a conjugar a norma culta da língua portuguesa com os assuntos de saúde.

Na construção de tais eixos foram seguidas as orientações da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde⁵.

A rotina de estudos dos intercambistas se estendia de segunda a sábado, em turno integral, durante três semanas. Os sete eixos descritos estavam dispostos numa grade de horários de forma a intercalar aulas sobre assuntos relacionados à saúde, visitas técnicas às unidades de Atenção Básica e aulas de língua portuguesa.

Por fim, foram realizadas avaliações escritas e práticas, conduzidas por dois profissionais, sendo um da área da Língua Portuguesa e outro da Saúde. O conceito final (de aprovação ou não) foi obtido por meio da média simples dos conceitos atribuídos por esses dois profissionais. O corpo docente do módulo foi formado por pessoas atuantes nos serviços de saúde, nos níveis de planejamento do sistema de saúde (secretarias e ministério) e em universidades.

Considerando esse cenário, busca-se, a seguir, refletir sobre aspectos pedagógicos evidenciados no decorrer do módulo, assim como pressupostos do PMM e dialogar com as políticas públicas atuais do campo da formação em saúde no País.

A FORMAÇÃO EM SAÚDE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Desde os anos 2000, diversas iniciativas visaram a uma formação médica pautada nas necessidades sociais, princípios e diretrizes do SUS, e mudança de paradigma do modelo biomédico como (re)orientadores do ensino da Medicina^{6,7}. Concomitantemente a esse movimento, foi promulgada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)⁸, que dispõe sobre as diretrizes para a formação de profissionais da saúde, com base na problematização multiprofissional de situações cotidianas nos serviços de saúde, com o objetivo de proporcionar uma reflexão crítica sobre tal fato e construir soluções coletivas⁹. Além disso, a PNEPS vem consolidar e desenvolver o SUS como sistema nacional de saúde no País.

Considerando-se que a formação dos profissionais de saúde não pode permanecer alheia à organização do setor e às suas construções históricas¹⁰, a PNEPS constitui uma apoiadora institucional para a gestão do SUS e para o remodelamento da rede de atenção à saúde em espaços formais de educação, com vistas à integralidade⁸. Outro conceito importante para a reorganização da formação em serviço é o do Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde, que fortalece a coparticipação e a corresponsabilização de diversos atores – do ensino, da gestão, da atenção e do controle social – na formação em/para a saúde, a fim de construir mudanças para o fortalecimento e o pleno alcance dos objetivos do SUS¹⁰.

Ainda que tenhamos estes pressupostos teóricos e legais para a formação em saúde, ao analisarmos o módulo realizado, estruturado em grades de horários, evidenciamos outra lógica de produção do conhecimento, com temas provenientes do campo teórico, com a intenção de que os participantes se tornem capazes de encaixar todo o conteúdo em suas futuras práticas médicas. O rompimento do currículo fragmentado, no qual primeiramente é necessário partir da teoria para a prática, já é indicado como aspecto importante nas reformulações

de cursos de Medicina no Brasil e poderia contribuir para a adaptação dos participantes do PMM ao contexto epidemiológico brasileiro¹¹. A formação médica, não apenas dentro do PMM, precisa avançar no que diz respeito à precarização e à restrição das possibilidades de aprendizagem, pois o acesso ao conhecimento não pode ser restrito ao que consta nos livros, já que a realidade local das Unidades Básicas de Saúde também produz conhecimentos importantes para a formação médica¹².

Dessa forma, uma educação baseada na prática cotidiana, próxima da comunidade, em um movimento de reconhecimento de seu complexo contexto biopsicossocial, culmina em reflexões sobre a situação posta e provoca a ação para a mudança (ação-reflexão-ação). Nesse modo de proporcionar a formação do sujeito-médico, a educação assume papel de decisão e de responsabilidade sociopolítica¹³. Nesse sentido, no módulo em questão, poderiam ter sido aproveitadas as potencialidades das UBS, em que os participantes seriam alocados para promover a ação pelo diálogo entre saberes acadêmicos e saberes comunitários.

Formação de corpo docente para o módulo

A palavra “formação” apresenta polissemia, oferecendo diversas possibilidades de compreensão. De um lado, podemos compreendê-la como a noção de constituição de um grupo de professoras e professores para atuarem no módulo; em outro sentido, como o conhecimento técnico e pedagógico necessário a cada um dos docentes para atuar no módulo.

No primeiro entendimento (formação como constituição de grupo), a tarefa foi um desafio porque os órgãos de representação médica não aceitaram a estratégia do governo federal de convocar profissionais de Medicina de fora do País para exercer suas atividades sem revalidação de diploma, além de outras justificativas. Apesar disso, profissionais de diversas áreas, atuantes nos serviços de saúde, aceitaram o convite para participar do módulo como docentes.

Segundo o outro entendimento (formação como conhecimento técnico-pedagógico), é interessante citar a experiência de implantar um projeto de educação permanente para professores atuantes em um curso de Medicina¹⁴. As autoras desta experiência consideram o corpo docente como agente central para o sucesso de estratégias educacionais inovadoras, e deles (professoras e professores) se espera comprometimento e participação reflexiva para a efetivação dos objetivos. Para isso, a formação adequada dos docentes que iriam atuar no módulo deveria ser um elemento necessário e indispensável, pois com isso a educação para o SUS seria coerente e direcionada.

No entanto, tais aspectos não foram devidamente considerados na escolha e/ou seleção dos profissionais convidados

para atuar como professores. Da mesma forma, não foram compartilhadas informações mais amplas sobre o programa e a necessidade de realização do módulo, além de orientações sobre os caminhos metodológicos mais adequados, considerando o PMM como política de transformação socioepidemiológica no País. Assim, cada docente adotou as teorias pedagógicas que considerou mais adequadas ao momento.

Embora a autonomia em sala de aula seja essencial à prática docente – e é condicionante da produção da autonomia do estudante¹⁵ –, cremos que as teorias que embasa(ra)m a construção do módulo deveriam ser as mesmas que dão suporte à prática docente dos professores que atuam neste módulo.

Em relação ao segundo sentido mencionado para formação (conhecimento técnico-pedagógico), é possível indagar se existiram incentivos para a criação e manutenção de espaços pedagógicos de planejamento do módulo, entre os docentes, durante sua execução. E se tais espaços estavam em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁸, um dos marcos do PMM. A necessidade de mostrar resultados positivos do PMM à sociedade brasileira talvez possa ter contribuído para que o módulo tendesse mais a uma produção acrítica de trabalhadores do que à desejada (e preconizada) autoformação crítica dos participantes acerca do contexto de saúde em que seriam inseridos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Mais Médicos – e seus três eixos (investimento em infraestrutura, mudanças na formação médica e provimento de médicos) – é, sem dúvida, uma iniciativa de grande importância para qualificar a atenção à saúde da população brasileira, tanto por sua consonância com a reorganização das redes de atenção – onde a Atenção Básica deve ser a coordenadora da rede e, portanto, necessita de profissionais com atuação adequada e coerente com o programa –, quanto pela proposta de atuação coordenada ensino-gestão-atenção.

O Módulo de Acolhimento e Avaliação dos Médicos Intercambistas, por sua vez, foi a oportunidade do primeiro contato de profissionais estrangeiros com o SUS. Ao mesmo tempo, sua realização foi um campo de experimentações, pedagógicas e técnicas, para a formação de profissionais de saúde em sintonia com os princípios e diretrizes do SUS.

Consideramos de grande valia a experiência de participação no módulo, ainda que alertemos para a importância de que as atividades de formação profissional, principalmente no campo da saúde, utilizem, de forma estratégica e dinâmica, as ricas ferramentas de que já dispomos – tais como a Educação Permanente em Saúde e a Educação Popular em Saúde, entre outras –, para que as transformações pretendidas sejam coti-

dianamente produzidas e consigamos alcançar o tão desejado direito à saúde e à vida plena e digna de se viver.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.781 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>.
2. World Health Organization. 3rd Global Forum on Human Resources for Health. The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/recife_declaration_13nov.pdf> .
3. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015.19(54)[capturado em 12 out 2015]; 623-634. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000400623&lng=en.
4. Brasil. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Portaria Conjunta nº1 de janeiro de 2014. Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2014/poc0001_21_01_2014.html>.
6. Adler MS, Gallian DMC. Medical education and the brazilian unified health system: proposals and practices from specialized literature. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2014.38(3)[capturado em 17 nov 2011]; 388-396. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000300014&lng=pt&nrm=iso>.
7. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. The trajectory of the national policy for the reorientation of professional training in health in the Unified Health System (SUS). *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013. 18(6) [capturado em 17 nov 2011]; 1613-1624. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=pt&nrm=iso>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 198\GM de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação

- Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>.
9. Stroschein KA, Zocche DAA. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trab. Educ. Saúde (Online)*. 2011. 9(3) [capturado em 02 ago.2014]; 505-519. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300009>.
 10. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004. 14(1) [capturado em 28 jul. 2014]; 41-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.
 11. Marsden M. A indissociabilidade entre teoria e prática: experiências de ensino na formação de profissionais de saúde nos níveis superior e médio. Rio de Janeiro; 2009. Mestrado [Dissertação] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/2346/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%B5es_Marsden_Melissa.pdf>.
 12. Hora DL, Erthal RMC, Souza CTV, Hora EL. Innovative proposals in vocational training for the Unified Health System. *Trab. educ. saúde [online]*. 2013.11(3)[capturado em 17 nov 2015];471-486 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000300002&lng=pt&nrm=iso>.
 13. Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.
 14. Faria MJSS, Nunes EFPA, Sakai MH, Silva VLM. Os desafios da educação permanente: a experiência do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2008. 32(2) [capturado em 01 ago. 2014]; 248-253. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.
 15. Rossetto MC. A construção da autonomia na sala de aula: na perspectiva do professor. Porto Alegre; 2005. Mestrado [Dissertação] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7520/000546740.pdf?sequence=1>>

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mateus Aparecido de Faria
Avenida Fleming, 394
Ouro Preto – Belo Horizonte
CEP 31310 – 490 – MG
E-mail: mateusfaria18@gmail.com

Rastreamento do Transtorno de Despersonalização/Desrealização em Estudantes de Medicina de uma Universidade Federal no Brasil

Screening for Depersonalization/Derealization Disorder among Medical Students at a Brazilian Public University

Felipe Vencato da Silva¹
Eurípedes Gomes de Carvalho Neto¹
Lauditoni Pereira Chaves Junior¹
Dkaion Vilela de Jesus¹
Milton Vilar Ferreira Dantas¹
Alex Jardim da Fonseca¹

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência de Transtorno de Despersonalização/Desrealização (DP/DR) em estudantes de Medicina da Universidade Federal de Roraima e correlacionar com dados socioeconômicos e pessoais. **Métodos:** Estudo de corte transversal, quantitativo e descritivo, desenhado para avaliar a prevalência de DP/DR em estudantes de Medicina da Universidade Federal de Roraima (UFRR) em 2014 utilizando-se a Cambridge Depersonalization Scale como instrumento de pesquisa. **Resultados:** A prevalência geral de DP/DR em estudantes de Medicina da UFRR foi de 11,5%. A prevalência foi maior nas séries iniciais (do primeiro ao terceiro ano) (OR = 10,7) em relação às séries finais. Não houve correlação de prevalência de DP/DR com fatores individuais, como idade, sexo ou renda. **Conclusão:** Observamos uma prevalência expressiva de transtorno de DP/DR em acadêmicos de Medicina, que pode afetar negativamente a vida pessoal e profissional, gerando sofrimento significativo. É possível que as séries iniciais apresentem um risco maior de desenvolvimento do transtorno, e os mecanismos de enfrentamento do estresse desenvolvidos pelos estudantes podem exercer papel fundamental na suscetibilidade a este e a outros transtornos psíquicos.

ABSTRACT

Objective: To assess the prevalence of depersonalization/derealization disorder (DP/DR) among medical students at the Federal University of Roraima and to correlate this with socio-economic and personal variables. **Methods:** A cross-sectional study that is both quantitative and descriptive and designed to assess the prevalence of DP/DR disorder among UFRR medical students in 2014 using the Cambridge Depersonalization Scale as a research tool. **Results:** The overall prevalence of DP/DR among UFRR medical students was 11.5%, with the prevalence higher among lower grades (1st to 3rd year) (OR = 10.7) compared to the final series. There was no correlation between the prevalence of DP/DR and individual factors such as age, gender or income. **Conclusion:** We observed a high prevalence of DP/DR disorder among medical students, which may adversely affect their personal and professional life, causing significant distress. It is possible that students in lower years are at a greater risk of developing the disorder, and that mechanisms developed by students used to face stress may play a key role in their susceptibility to this and other psychological disorders.

PALAVRAS-CHAVE

- Despersonalização;
- Serviços de Saúde para Estudantes;
- Estudantes de Medicina;
- Psiquiatria;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Depersonalization;
- Student Health Services;
- Students, Medical;
- Psychiatry;
- Medical Education.

Recebido em: 16/05/2015

Aprovado em: 15/02/2016

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Despersonalização/Desrealização (DP/DR) pode ser entendido como um distúrbio do processamento da emoção¹. O portador de DP/DR se sente desconfortavelmente desconectado de seus próprios sentidos e eventos que o envolvem, como se fosse um observador externo ao ambiente e pessoas que o cercam². As características deste transtorno são a sensação de embotamento afetivo, distorções somatossensoriais (sentimento de que o corpo não pertence à pessoa), auto-observação de um ponto elevado e, mais raramente, distorções na experiência do tempo³. O DP/DR pode ocorrer como um transtorno primário ou como um sintoma associado a outras condições psiquiátricas, como depressão, transtornos de ansiedade ou esquizofrenia^{1,4}. Até 80% dos pacientes psiquiátricos institucionalizados apresentam sintomas desta síndrome, sendo severos e persistentes em 12% destes pacientes. Também pode ser uma manifestação de distúrbios neurológicos, como epilepsia, enxaqueca e lesões localizadas nos lobos temporais^{3,5}.

Embora ainda seja pouco conhecido, o DP/DR não é uma condição rara. Os sintomas de despersonalização foram evidenciados em 2,4% da população geral em um estudo de base populacional nos Estados Unidos, em 1-2% da população no Reino Unido e em 1,9% da população na Alemanha⁶. Em indivíduos saudáveis, o DP/DR pode ocorrer em condições de fadiga, meditação, uso de psicotrópicos e estresse intenso¹. A despersonalização pode se manifestar como uma doença em resposta a situações negativas e estressantes do dia a dia. Nesse contexto, o estresse psicológico típico dos profissionais da saúde e suas consequências para este grupo populacional vêm sendo investigados sistematicamente na literatura médica⁷. Em especial, os efeitos do estresse psicológico em estudantes de Medicina já foram investigados por alguns autores^{7,8}. A escola médica é, provavelmente, o período mais estressante do treinamento médico. Evidências indicam que o estresse psicológico nos estudantes de Medicina estaria relacionado a falta de tempo livre, alta pressão de exames, dificuldades financeiras, e, sobretudo, contato com doentes e familiares⁷. Muitos estudantes de Medicina experimentam um substancial *distress*, o que contribui para performance acadêmica mais pobre, desonestidade acadêmica, cinismo e abuso de substância. Já foram descritos altos escores de ansiedade, depressão do humor e elevada incidência de síndrome de *burnout* neste grupo^{7,8}.

Entretanto, poucos estudos foram realizados para avaliar a prevalência de DP/DR em estudantes de Medicina. Um estudo alemão que utilizou uma versão abreviada da *Cambridge Depersonalization Scale* (CDS-9), um questionário validado para diagnóstico do DP/DR, constatou que 5,5% dos estudantes do quarto e quinto ano pesquisados apresentavam pontuações

anormalmente elevadas neste escore de despersonalização⁷. Valores ainda maiores foram encontrados em estudantes do quinto ano de Odontologia da mesma instituição: 20,4%. A explicação aventada pelos investigadores seria um contato mais intenso e precoce dos estudantes de Odontologia com os pacientes na instituição pesquisada. Até o momento, não existem estudos sobre a prevalência deste transtorno em escolas médicas do Brasil. O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência do transtorno de DP/DR entre os estudantes de Medicina da Universidade Federal de Roraima (UFRR) e correlacionar este transtorno com variáveis pessoais e socioeconômicas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, de caráter quantitativo e descritivo, desenhado para avaliar a prevalência de DP/DR em estudantes de Medicina da UFRR em 2014 a partir da busca ativa dos estudantes.

População e cenário

A população-alvo são os estudantes do primeiro ao sexto ano do curso de Medicina da Universidade Federal de Roraima em 2014. O curso tem ingresso anual e possui 230 alunos em sua totalidade. O curso utiliza metodologia PBL (*problem based learning*), uma metodologia ativa de aprendizagem, centrada no aluno, e o contato dos alunos com a rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) é estimulado desde o primeiro ano por meio da Interação Ensino, Serviço e Comunidade (Iesc), em que os estudantes do primeiro ao quarto ano desenvolvem prática semanal na Atenção Básica. O quinto e o sexto ano são em regime de internato em tempo integral.

Procedimentos de pesquisa

Os estudantes de Medicina foram abordados pessoalmente após suas atividades educacionais, nas dependências da UFRR, entre agosto e setembro de 2014. Após esclarecimento dos propósitos de pesquisa, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o estudante selecionado foi encaminhado a uma sala reservada, com privacidade, para participação na pesquisa. O estudante respondeu a um formulário que abordava os seguintes dados pessoais: idade, gênero, renda familiar e *per capita*, série do curso de Medicina, área médica que pretende seguir, com quem reside, presença de filhos, estado civil, presença de repetência no curso, diagnóstico prévio de depressão, ansiedade ou uso de remédio controlado. Foi utilizado um questionário autoaplicável, denominado *Cambridge Depersonalization Scale*, traduzido para o português (CDS-BR) para avaliar o desfecho principal⁹. O questionário consiste em 29 itens que avaliam a frequência e duração das experiên-

cias relacionadas à despersonalização nos últimos seis meses, conferindo uma pontuação de 0 a 290. Foi utilizado o ponto de corte de 70 pontos para considerar rastreio positivo, valor que possui sensibilidade de 75,7% e especificidade de 87,2% para o diagnóstico do transtorno de DP/DR de forma transcultural^{9,10}.

Amostra e amostragem

Para o cálculo do tamanho amostral, a prevalência de DP/DR na população-alvo foi estimada em 5%, com base nos resultados de estudo semelhante realizado em estudantes de Medicina por Prinz *et al.*⁷. Considerando um intervalo de confiança de 95% e erro aceitável de 5%, obteve-se o tamanho amostral mínimo de 92 estudantes. Supondo uma perda de até 5% de dados, o tamanho de amostra final foi de 96 participantes. Este tamanho amostral tem poder de 80% para detectar *odds ratio* maior que 1,5, com erro alfa de 10% em distribuição bilateral. Foi utilizado o método de amostragem aleatório simples. Os estudantes foram selecionados a partir da geração de sequência de números aleatórios (www.random.org), vinculados ao número de registro da escola médica. O processo de amostragem foi ponderado pelo tamanho de cada série escolar.

Métodos de análise de dados

A variável desfecho principal foi a prevalência de DP/DR, calculada pela razão entre número de estudantes de Medicina com pontuação na escala utilizada igual ou superior a 70, e número de participantes incluídos, e expressa com intervalo de confiança de 95%. Dados pessoais foram considerados variáveis explicativas.

Foi realizada análise estatística descritiva, incluindo frequência de distribuição para variáveis categóricas, e médias (com desvio padrão) e medianas (com desvio interquartil) para variáveis contínuas, com distribuição normal e não normal, respectivamente. A prevalência da variável desfecho e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram estimados com base em distribuição binomial. Para comparação de médias amostrais, foi utilizado o teste t de Student para variáveis de distribuição normal e com homogeneidade de variâncias amostrais. Se não, foi utilizado o teste de Mann-Whitney para este propósito. Foi utilizado o teste χ -quadrado para comparar diferenças de proporções de variáveis categóricas. *Odds ratio* (OR) e IC95% foram calculados em análise bivariada. Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o *software* Epiinfo® versão 7 (CDC, Atlanta, EUA).

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRR (854.025/2014). Os registros de pesquisa foram codifi-

cados em vez de identificados, para aumentar o sigilo e a confidencialidade.

RESULTADOS

O questionário CDS-BR foi aplicado e respondido por 99 estudantes de Medicina da UFRR, distribuídos da seguinte forma: 16 acadêmicos do sexto ano, 16 do quinto, 15 do quarto, 16 do terceiro, 15 do segundo e 21 do primeiro ano. Foram excluídos por mau preenchimento do questionário um acadêmico do sexto ano, um do quinto e um do terceiro ano, totalizando uma amostra final de 96 estudantes. Destes, a maioria pertence ao gênero feminino (52%; n = 50). A idade variou entre 18 e 43 anos, com idade média de 24,4 anos (\pm 4,3). Metade dos estudantes reside com os pais (50,5%; n = 48). Entre as carreiras médicas, 21,8% pretendem seguir Cirurgia Geral, 18,7% não sabem qual carreira seguir e 30,2% pretendem seguir outra carreira não especificada no questionário. Sobre renda familiar, 20,8% dos pesquisados não responderam. A renda familiar mensal média dos demais entrevistados foi de R\$ 7.605,45. Sobre renda *per capita*, 28,1% não responderam, e a renda média dos demais foi de R\$ 2.240,43. A maioria dos estudantes é solteira (90,6%, n = 87), não possui filhos (93,7%, n = 90) e nega repetência em disciplinas do currículo escolar médico (89,6%, n = 86). Sobre antecedentes patológicos, 11 estudantes relataram diagnóstico prévio de depressão (11,5%), e 13 estudantes relataram uso prévio de medicação controlada (15,5%). Um quarto dos estudantes (25%; n = 24) referiu diagnóstico prévio de transtorno de ansiedade. A Tabela 1 descreve a amostra.

A prevalência geral de DP/DR em estudantes de Medicina da UFRR foi de 11,5% (IC95%: 5,8 a 19,5%) (n = 11). A prevalência variou por série, sendo maior nas séries iniciais em relação às finais (Figura 1). Quando comparadas as séries iniciais (do primeiro ao terceiro ano) com as séries finais, observou-se maior prevalência do transtorno de DP/DR para as séries iniciais (19,6% *vs.* 2,2%, respectivamente; p = 0,009), com OR = 10,7 (IC95%: 1,3 – 87,5). Não houve diferença na prevalência de DP/DR entre os gêneros ou correlação com renda familiar e renda *per capita*. Houve tendência a maior prevalência de DP/DR nos estudantes com menos de 25 anos, sem significância estatística. A opção de carreira médica escolhida (ou a dúvida na escolha), com quem o estudante reside, estado civil, presença ou não de repetência em disciplinas e diagnóstico prévio referido de depressão ou ansiedade não influenciaram a prevalência de DP/DR no nosso estudo. A influência da presença ou não de filhos e do uso de remédios controlados não pôde ser avaliada apropriadamente devido à baixa expressão em nossa amostra (Tabela 2).

TABELA 1
Características sociodemográficas da amostra, estudantes de Medicina da UFRR, 2014

Característica	N (± DP)	N (%)
Idade	24,4 (± 4,3)	
Até 25 anos		66 (68,7%)
Maiores de 25 anos		29 (30,2%)
Não responderam		1 (1%)
Reside com		
Pais		48 (50%)
Sozinho		29 (30,2%)
Outro não especificado		7 (7,3%)
Companheiro		5 (5,2%)
Amigo		6 (6,2%)
Não respondeu		1 (1%)
Renda familiar	7.605,42 (± 6.240,93)	
Até R\$ 7 mil		48 (50%)
Mais de R\$ 7 mil		29 (30,2%)
Não responderam		19 (19,8%)
Renda per capita	2.240,43 (± 1.598,22)	
Até R\$ 2 mil		43 (44,8%)
Mais de R\$ 2 mil		27 (28,1%)
Não respondeu		26 (27%)
Área que pretende seguir		
Cirurgia Geral	21 (21,8%)	
Clínica Médica	17 (17,7%)	
Pediatria	6 (6,2%)	
GO	4 (4,2%)	
Não sabe	18 (18,7%)	
Não respondeu	1 (1%)	
Outra não especificada	29 (30,2%)	
Possui filhos?		
Não	90 (93,7%)	
Sim	6 (6,2%)	
Estado civil		
Solteiro	87 (90,6%)	
Casado	7 (7,3%)	
Outro	2 (2%)	
Possui repetência em alguma disciplina?		
Não	86 (89,6%)	
Sim	10 (10,4%)	
Diagnóstico prévio de depressão		
Sim	10 (10,4%)	
Não	85 (88,5%)	
Diagnóstico prévio de ansiedade		
Sim	24 (25%)	
Não	72 (75%)	
Uso referido de remédio controlado		
Sim	13 (13,5%)	
Não	83 (86,5%)	

FIGURA 1
Prevalência de DP/DR em estudantes de Medicina da UFRR por série do curso, 2014

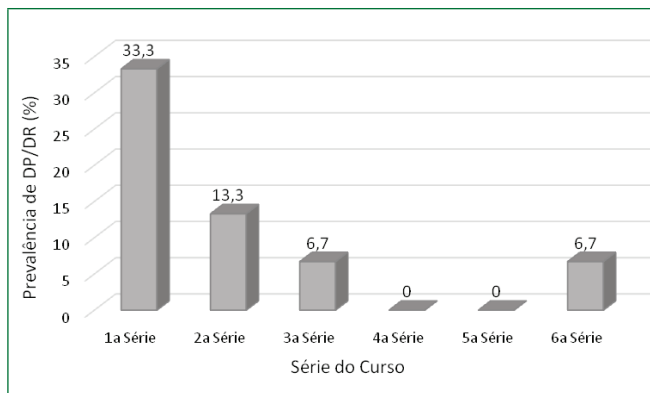


TABELA 2
Prevalência de DP/DR em estudantes de Medicina da UFRR comparada a variáveis explicativas, 2014

Variável explicativa	n	Prevalência DP/DR (%)	P valor	Odds Ratio
Sexo feminino	50	12,0	NS	1,1 (0,3 – 3,9)
Sexo masculino	46	10,0		1
Idade até 25 anos	66	15,1	NS	5 (0,6 – 41)
Idade maior que 25 anos	29	3,4		1
Renda familiar > R\$ 7 mil	29	13,8	NS	1,7 (0,4 – 7,6)
Renda familiar < R\$ 7mil	48	8,3		1
Renda per capita > R\$ 2 mil	27	18,5	NS	3 (0,6 – 13,9)
Renda per capita < R\$ 2 mil	43	7		1
Séries iniciais (1 – 3)	51	19,6	0,009	10,7 (1,3 – 87,5)
Séries finais (4 – 6)	45	2,2		1
Área médica que pretende seguir				
Cirurgia Geral	21	9,5	NS	0,7 (0,1 – 3,8)
Clínica Médica	17	11,7	NS	1,0 (0,2 – 5,3)
GO	4	25	NS	2,7 (0,2 – 28,8)
Pediatria	6	16,7	NS	1,6 (0,1 – 15)
Indeciso	18	11,1	NS	0,9 (0,2 – 4,8)
Reside com				
Pais	48	12,5	NS	1,2 (0,3 – 4,3)
Sozinho	29	13,8	NS	1,4 (0,3 – 5,1)
Amigo	6	0	NS	Indeterminável
Companheiro	5	0	NS	Indeterminável
Possui filhos				
Sim	6	0	NS	Indeterminável
Não	90	12,2		
Estado civil				
Solteiro	87	11,5	NS	1 (0,1 – 9,2)
Não solteiro	9	11,1		1
Repetência				
Sim	9	11,1	NS	0,9 (0,1 – 1,5)
Não	87	11,5		1
Diagnóstico prévio de depressão				
Sim	10	10	NS	0,8 (0,1 – 7,3)
Não	86	11,6		1
Diagnóstico prévio de ansiedade				
Sim	24	12,5	NS	1,1 (0,2 – 4,7)
Não	72	11,1		1

TABELA 2
Prevalência de DP/DR em estudantes de Medicina da UFRR comparada a variáveis explicativas, 2014

Variável explicativa	n	Prevalência DP/DR (%)	P valor	Odds Ratio
Uso de remédio controlado				
Sim	13	0	NS	Indeterminável
Não	83	13,2		

DISCUSSÃO

No limite de nosso conhecimento, este foi o primeiro estudo a avaliar a prevalência de DP/DR em uma escola médica no Brasil. O estudo de Prinz *et al.*⁷ comparou alunos do quarto e quinto anos de Medicina com estudantes dos mesmos períodos de Odontologia da Universidade de Erlangen-Nuremberg, na Alemanha, utilizando diversas escalas para diferentes transtornos psiquiátricos, entre elas uma versão abreviada da *Cambridge Depersonalization Scale* chamada CDS-9, semelhante ao instrumento de pesquisa utilizado no presente estudo. No estudo alemão, a prevalência geral do transtorno de despersonalização em estudantes de Medicina foi de 5,5%. O número da amostra foi insuficiente para comparar estudantes de Medicina entre os semestres. Nesse mesmo estudo, a prevalência geral de DP/DR em estudantes de Odontologia foi de 20,4%. Ressalta-se que os autores relataram uma tendência decrescente da síndrome ao longo de três semestres consecutivos, em consonância com o nosso estudo, fato que contrariou as expectativas dos autores, que esperavam encontrar uma prevalência ascendente à medida que o estudante progride no curso. A principal hipótese aventada pelos autores para explicar a maior prevalência em estudantes de Odontologia foi a presença de contato mais precoce com pacientes e maior responsabilidade por ações terapêuticas de longa duração nas séries pesquisadas.

Em nosso estudo, os acadêmicos de Medicina da UFRR, que iniciam seu contato com pacientes já nos primeiros meses da escola médica, apresentaram uma prevalência geral de DP/DR de 11,5%, mais alta que a do estudo de Prinz *et al.*⁷. Observamos ainda um pico de prevalência no primeiro ano do curso (33,3%), que seguiu um padrão decrescente (13,3% no segundo ano e 6,7% no terceiro), tendendo a zero nos últimos anos do curso. Múltiplos fatores concorrem para explicar estes achados. Segundo um estudo de revisão sobre estresse em estudantes de Medicina⁸, a adaptação ao ambiente da escola médica é um fator estressor. No primeiro ano especificamente, existe o desafio de se deslocar da família e amigos para se adaptar a um ambiente de aprendizado exigente, com uma carga sub-

tancialmente aumentada de trabalho acadêmico. Há também a preocupação com a performance, tentando-se dominar uma grande quantidade de informação junto a um grupo de pares de igual inteligência e motivação. Outro possível fator é o contato precoce com pacientes e o consequente envolvimento com seu sofrimento, sem um apropriado amadurecimento pessoal e profissional¹¹. Além disso, o modelo curricular de aprendizagem da UFRR pode também ter participação neste processo. Evidências apontam que os fatores estressores divergem entre estudantes de Medicina de escolas com currículo PBL e não PBL. Um estudo inglês comparou estudantes do segundo ano de Medicina de duas instituições (uma com currículo baseado em PBL e outra tradicional) em relação aos fatores estressores¹². Embora a maioria dos estudantes de ambas as escolas médicas tenha relatado quantidade significativa e semelhante de estresse relacionada ao estudo da Medicina, a qualidade destes estímulos variou entre elas. Ao contrário dos estudantes de currículo tradicional, que se queixaram principalmente da falta de *feedback* dos professores, os estressores que melhor caracterizaram os estudantes de currículo PBL foram o sentimento de não saber o que a faculdade espera deles, a presença de muitas sessões conduzidas por estudantes, a percepção de um currículo pouco claro e a falta de oportunidade de explorar assuntos acadêmicos de interesse.

A causa aventada para um padrão decrescente na prevalência de DP/DR encontrada por Prinz *et al.*⁷ em seu estudo pode estar relacionada com o tipo de estratégia de enfrentamento do estresse desenvolvida pelo estudante. Os pesquisadores também utilizaram o questionário *Brief Cope*, que avalia como os estudantes lidam com o estresse. As estratégias são divididas em três classes principais: enfrentamento ativo funcional, cognitivo funcional e enfrentamento disfuncional. O ativo funcional, que representa o enfrentamento por meio de atitudes, está representado no *Brief Cope* pelos exemplos “eu agi para melhorar a situação” ou “eu venho tentando buscar conselhos ou ajuda de outras pessoas”. Já o enfrentamento cognitivo funcional é expresso no *Brief Cope* por afirmações como “eu tentei achar algo bom no que aconteceu comigo” ou “eu vi o lado engraçado de tudo”. Enfrentamento disfuncional é exemplificado por afirmações como “eu ingeri álcool ou outras drogas para me sentir melhor” ou “eu me culpei e me critiquei”. No referido estudo, houve uma correlação positiva entre estratégias de enfrentamento disfuncional e escores de despersonalização, ansiedade, depressão e *burnout*. Portanto, é possível que, mediante os fatores estressores inerentes à iniciação do ensino médico, uma parte dos estudantes se adapte ao longo do tempo e outra não se adapte pela utilização de mecanismos disfuncionais de enfrentamento do estresse⁸.

Nesse sentido, a adaptação à escola médica, as pressões inerentes ao estudo da Medicina e estressores característicos de cada currículo parecem desempenhar papéis importantes.

Até o momento de fechamento deste trabalho, não existiam estudos sobre prevalência de DP/DR no Brasil. Se assumirmos que ela é semelhante às prevalências populacionais conhecidas no mundo (Estados Unidos, Canadá, Alemanha e Reino Unido), que variam entre 0,5% e 2,4%, teríamos uma prevalência na escola médica da UFRR maior que a média populacional geral^{3,13}. Em nosso estudo não foi possível correlacionar de forma significativa idade, sexo, renda, companhia de moradia, opção de carreira médica, estado civil, reprovação em disciplina e relato de diagnóstico prévio de ansiedade ou depressão com o diagnóstico de DP/DR. Uma revisão britânica sobre epidemiologia e antecedentes de pacientes com DP/DR³ também não encontrou diferença entre os sexos e sugeriu que a escolaridade parece ser alta (mais de 50% dos pacientes com algum grau de educação superior). Essa correlação não pôde ser avaliada em nossa amostra, composta exclusivamente de estudantes de nível superior.

Este estudo possui limitações. Primeiro, o delineamento transversal não permitiu utilizar a temporalidade como critério de causalidade, uma vez que fatores de risco e desfecho foram aferidos sincronicamente, e o viés da causalidade reversa não pôde ser eliminado. Conseqüentemente, não podemos afirmar com certeza que a prevalência de DP/DR decrescente por série do curso, observada em nossa amostra, será seguida. Somente um estudo longitudinal poderia definir melhor os fatores de risco e proteção desta síndrome e entender o impacto do diagnóstico de DP/DR sobre a vida pessoal e profissional do estudante. Segundo, o uso de formulários como instrumentos de pesquisa pode ser falho em virtude de ocultação da verdade e mascaramento de resposta, além da possibilidade do viés de memória, inerente aos estudos de corte transversal. Soma-se a isso o tema de natureza pessoal e íntima abordado nesta pesquisa. Embora a tradução para o português do questionário que utilizamos neste estudo (CDS-BR) ainda careça de uma análise formal de validação transcultural para assegurar sua estabilidade, a *Cambridge Depersonalization Scale* é uma ferramenta testada e validada transculturalmente em diversos países (CDS, CDS-J, CDS-IV, CDS9, CDS-VE)⁹, mantendo sua acurácia e confiabilidade em diversos países onde foi testada^{7,10,14,15}. Entretanto, recomenda-se cautela na interpretação destes resultados. Por último, a ausência de dados sobre a prevalência de DP/DR em estudantes de Medicina no Brasil faz com que tenhamos que utilizar a estimativa baseada nas prevalências mundiais conhecidas. Embora não tenhamos motivos para acreditar que haja discrepâncias, estudos de âmbito

nacional são necessários para o conhecimento da prevalência nacional de DP/DR e possíveis variações regionais e variações em subgrupos especiais, como os estudantes de Medicina.

Conclui-se que o transtorno de DP/DR apresenta-se como um agravo comum em acadêmicos de Medicina da UFRR, o que pode afetar negativamente a vida pessoal e profissional, gerando sofrimento significativo. Acreditamos que a escola médica deve encarar com atenção o problema do estresse psicológico em seus acadêmicos, principalmente nas séries iniciais, que parecem estar sob maior risco de desenvolvimento do transtorno. Um enfrentamento institucional e curricular do problema pode ajudar na adesão a estratégias funcionais de enfrentamento do estresse em detrimento das disfuncionais. Pesquisas adicionais são necessárias na área deste transtorno, que só recentemente está sendo estudada.

REFERÊNCIAS

1. Phillips ML, Sierra M. Depersonalization disorder: a functional neuroanatomical perspective. *Stress*. 2003;6(3):157-65. PubMed PMID: 13129809.
2. Stein DJ, Simeon D. Cognitive-affective neuroscience of depersonalization. *CNS Spectr*. 2009;14(9):467-71. PubMed PMID: 19890227. Epub 2009/11/06. eng.
3. Hunter EC, Sierra M, David AS. The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(1):9-18. PubMed PMID: 15022041. Epub 2004/03/17. eng.
4. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013;12(2):92-8. PubMed PMID: 23737408. Pubmed Central PMCID: Pmc3683251. Epub 2013/06/06. eng.
5. Lemche E, Surguladze SA, Brammer MJ, Phillips ML, Sierra M, David AS, et al. Dissociable brain correlates for depression, anxiety, dissociation, and somatization in depersonalization-derealization disorder. *CNS Spectr*. 2013; 23:1-8. PubMed PMID: 24059962. Epub 2013/09/26. Eng.
6. Hunter EC, Salkovskis PM, David AS. Attributions, appraisals and attention for symptoms in depersonalisation disorder. *Behav Res Ther*. 2014;53:20-9. PubMed PMID: 24365990. Epub 2013/12/25. eng.
7. Prinz P, Hertrich K, Hirschfelder U, de Zwaan M. Burnout, depression and depersonalisation--psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Z Med Ausbild*. 2012;29(1):Doc10. PubMed PMID: 22403595. Pubmed Central PMCID: Pmc3296106. Epub 2012/03/10. eng.
8. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions.

- Mayo Clin Proc. 2005;80(12):1613-22. PubMed PMID: 16342655. Epub 2005/12/14. eng.
9. Sierra M, Berrios GE. The Cambridge Depersonalization Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry Res.* 2000; 6;93(2):153-64. PubMed PMID: 10725532. Epub 2000/03/22. eng.
10. Molina Castillo JJ, Martinez de la Iglesia J, Albert Colomer C, Berrios G, Sierra M, Luque Luque R. [Cross-cultural adaptation and validation of the Cambridge Depersonalisation Scale]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006;34(3):185-92. PubMed PMID: 16736392. Epub 2006/06/01. Adaptacion y validacion al castellano de la Escala de Despersonalizacion de Cambridge. spa.
11. Michal M, Koechel A, Canterino M, Adler J, Reiner I, Vossel G, et al. Depersonalization disorder: disconnection of cognitive evaluation from autonomic responses to emotional stimuli. *PLoS One.* 2013;8(9):e74331. PubMed PMID: 24058547. Pubmed Central PMCID: Pmc3772934. Epub 2013/09/24. eng.
12. Lewis AD, Menezes DA, McDermott HE, Hibbert LJ, Brennan SL, Ross EE, et al. A comparison of course-related stressors in undergraduate problem-based learning (PBL) versus non-PBL medical programmes. *BMC Med Educ.* 2009;9:60. PubMed PMID: 19747400. Pubmed Central PMCID: Pmc2759915. Epub 2009/09/15. eng.
13. Lee WE, Kwok CH, Hunter EC, Richards M, David AS. Prevalence and childhood antecedents of depersonalization syndrome in a UK birth cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(2):253-61. PubMed PMID: 21181112. Pubmed Central PMCID: Pmc3355298. Epub 2010/12/25. eng.
14. Migliorini V, Dell'erba A, Fagioli F, Sierra M, Mosticoni S, Telesforo L, et al. Italian (cross cultural) adaptation and validation of the Cambridge Depersonalization Scale (CDS). *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2012;21(2):221-6. PubMed PMID: 22789172. Epub 2012/07/14. eng.
15. Sugiura M, Hirokawa M, Tanaka S, Nishi Y, Yamada Y, Mizuno M. Reliability and validity of a Japanese version of the Cambridge depersonalization scale as a screening instrument for depersonalization disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2009;63(3):314-21. PubMed PMID: 19566762. Epub 2009/07/02. eng.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Felipe Vencato da Silva: desenho do estudo, coleta de dados, análise dos dados, elaboração do manuscrito, revisão final. Eurípedes Gomes de Carvalho Neto: coleta e análise de dados. Lauditoni Pereira Chaves Junior: coleta e análise de dados. Dkaion Vilela de Jesus: coleta e análise de dados. Milton Vilar Ferreira Dantas: coleta e análise de dados. Alex Jardim da Fonseca: desenho do estudo, análise dos dados, elaboração do manuscrito, revisão final.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Alex Jardim da Fonseca
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3497
Mecejana – Boa Vista
CEP 69300-000 – RR
E-mail: allex.jardim@bol.com.br

Integração Intercampi no Ensino: Desenvolvendo Competências do Profissionalismo

Intercampi Integration in Education: Developing Skills of Professionalism

Erica Toledo de Mendonça^I
Rosângela Minardi Mitre Cotta^I
Vicente de Paula Lelis^I
Tiago Ricardo Moreira^I
Paulo Marcondes Carvalho Junior^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Profissionalismo;
- Educação a Distância;
- Competência;
- Transdisciplinaridade;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Professionalism;
- Distance Education;
- Competence;
- Transdisciplinarity;
- Medical Education.

RESUMO

Objetivo: Analisar o desenvolvimento das competências do profissionalismo em estudantes de diferentes áreas do conhecimento por meio de uma proposta de ensino crítico-reflexiva, que aliou a utilização das metodologias ativas e tecnologias de informação e comunicação. **Métodos:** Estudo de intervenção, prospectivo, comparativo, do tipo antes e depois. Foram aplicados questionários a estudantes universitários de dois campi de uma universidade pública (Fases I e II) para avaliação do desenvolvimento de competências relacionadas ao profissionalismo. **Resultados:** Observou-se uma melhoria dos escores avaliativos nos itens pesquisados, o que leva a inferir que houve eficiência das estratégias de ensino, aprendizagem e avaliação utilizadas. **Conclusões:** O desenvolvimento das competências pesquisadas é importante para outras áreas do conhecimento, uma vez que estas incluem a aprendizagem dos aspectos relacionados a cidadania, ética, comunicação, trabalho em equipe e raciocínio crítico e reflexivo, entendidos como requisitos universais para a formação de qualquer estudante universitário.

ABSTRACT

Objective: To analyze the development of skills related to professionalism among students from different fields of knowledge through an innovative teaching proposal combining the use of active methodologies and information and communication technologies. **Methods:** A prospective, comparative, pre- and post- intervention study conducted on college students from two campuses of a state university, applying questionnaires (Phases I and II) to assess the development of skills related to professionalism. **Results:** An improvement was registered in the evaluative scores for the items surveyed, allowing us to make inferences on the effectiveness of teaching strategies, learning and assessment used. **Conclusions:** The development of skills related to professionalism is common to all areas of knowledge, since they include aspects of learning related to citizenship, ethics, human values, communication, teamwork and critical and reflective thinking, among other important dimensions, with these believed to be universal and necessary requirements in the education of any college student.

Recebido em: 13/04/2015

Reencaminhado em: 03/06/2015

Aprovado em: 26/02/2016

^I Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

^{II} Faculdade de Medicina de Marília, Marília, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O estudo aqui apresentado refere-se ao desenvolvimento de um processo de ensino, aprendizagem e avaliação crítico-reflexivo que privilegiou a utilização da Educação a Distância (EAD), aliada às metodologias ativas e Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Tal abordagem visou à interação e integração de estudantes de graduação de diferentes áreas do conhecimento e de distintos *campi* de uma universidade pública, tendo como eixo central da formação o desenvolvimento de competências relacionadas ao profissionalismo.

O termo *profissionalismo* ganhou destaque nos últimos dez anos, num contexto onde era premente a necessidade de renovação do ensino e da prática médica, sendo uma competência essencial para os profissionais da área da saúde, se refletindo nas atitudes, comportamentos, caráter e padrões adequados a uma boa prática em saúde. Pode ser definido como um conjunto de competências relacionadas ao uso criterioso da comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores, ética e reflexões na prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade^{1,2,3}.

Desenvolver competências relacionadas ao profissionalismo em estudantes universitários representa um desafio às instituições formadoras, em inúmeros aspectos. Este processo requer o investimento em metodologias de formação que aliem distintas tecnologias e estratégias. Entre estas, a promoção de ações que integrem *campi* distantes geograficamente é uma tendência do Brasil, que vem reforçar o papel das universidades na promoção do desenvolvimento cultural, social, científico, técnico e tecnológico (dada a peculiaridade do Brasil como país continental e frente à tendência de descentralização de *campus* das universidades públicas federais, têm sido criadas unidades de ensino no interior do País). Portanto, as universidades devem buscar responder às demandas da sociedade e promover uma formação condizente com as necessidades da mesma – as quais têm se caracterizado pela exigência de perfis profissionais com peculiaridades de internacionalização, manejo de novas tecnologias e aprendizagem para a vida, com foco na discussão de temáticas relacionadas à cidadania, por exemplo⁴⁻⁷.

Ademais, as recomendações nacionais e internacionais imprimem novas diretrizes ao sistema educacional, de forma a reconduzir os processos de ensino e aprendizagem com base no desenvolvimento de competências pelos estudantes, entre elas aquelas ligadas ao profissionalismo^{8,9}.

Dessa forma, a revisão dos processos de ensino e aprendizagem é sustentada pela necessidade de elaborar um novo formato de modelo pedagógico mais condizente com as demandas da vida real e voltado à formação de profissionais e

cidadãos competentes, em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

É preciso enfatizar que as TIC, quando utilizadas de forma isolada, sem uma concepção pedagógica que as sustente e que vá ao encontro das demandas atuais de formação profissional, não alcançarão os resultados de melhoria da qualidade do processo de ensino e aprendizagem¹⁰. Nessa perspectiva, destaca-se o uso de metodologias ativas no que tange ao desenvolvimento de competências necessárias à formação do estudante-profissional-cidadão em quaisquer áreas do conhecimento^{7,11}. Estas metodologias inovadoras dão ênfase ao processo de ensino, aprendizagem e avaliação ao darem protagonismo aos estudantes, colocando-os como agentes proativos, estimulando que busquem respostas para problemas reais e complexos com liberdade e autonomia. Desta forma, eles se tornam corresponsáveis pela tomada de decisão, o que gera, conseqüentemente, uma ruptura com a aprendizagem mecânica e conteudista^{7,11,12,13}.

Com base nestas considerações, a questão deste estudo centra-se na promoção das competências relacionadas ao profissionalismo em estudantes de distintas áreas do conhecimento, primando pelo desenvolvimento de um conjunto de habilidades gerais. Estas incluem a aprendizagem dos aspectos relacionados à cidadania, à comunicação, ao bom relacionamento humano, à prática ética e solidária, entre outras questões, que podem ser entendidas como requisitos universais para a formação de qualquer estudante universitário. É importante salientar que não foram encontrados estudos na literatura que discorressem sobre o desenvolvimento e avaliação das competências ligadas ao profissionalismo no âmbito transdisciplinar.

Cabe ressaltar a definição dos termos inter- e transdisciplinar. Na interdisciplinaridade, existem múltiplos saberes que interagem; há objetivos múltiplos e cooperação entre os membros da equipe. Por outro lado, a transdisciplinaridade se refere a um processo no qual aos trabalhos interdisciplinares deveria suceder uma etapa superior, cujas interações disciplinares aconteceriam num espaço sem as fronteiras disciplinares. Poderia ser pensado como um sistema de níveis e objetivos múltiplos, cuja coordenação atua com vistas a uma finalidade comum dos sistemas^{7,8,9}.

Neste sentido, correlacionando estes conceitos ao trabalho apresentado neste estudo, tem-se que o processo de ensino, aprendizagem e avaliação implementado transcendeu o mero contato de estudantes de diferentes áreas de conhecimento. Ele envolveu a integração dos alunos que trabalhavam juntos em momentos presenciais e a distância, discutindo temas transversais à formação universitária, tecendo críticas e refle-

xões e ainda propondo estratégias em conjunto para a resolução de problemas relativos às políticas de saúde e cidadania, de maneira transdisciplinar.

Diante deste cenário, a ênfase do presente estudo centrou-se em estratégias didáticas que auxiliaram a integração de *campi* distantes geograficamente, promovendo uma interação entre os estudantes e docentes de forma transdisciplinar. Para isto, utilizaram-se as TIC, com ênfase no desenvolvimento de competências ligadas ao profissionalismo, por meio da criação e implementação de uma disciplina que discutiu temas transversais à formação universitária. Cabe sublinhar que o desenvolvimento deste modelo de ensino ousado pretendeu romper com barreiras físicas, interligando *campi* distantes geograficamente, e com barreiras humanas, conectando distintos atores que, nos moldes da fragmentação do ensino universitário atual (disciplinar), não teriam a oportunidade de se encontrar.

O objetivo deste estudo foi analisar o desenvolvimento das competências ligadas ao profissionalismo por estudantes de uma universidade pública brasileira durante o oferecimento de uma proposta de ensino crítico-reflexiva de implementação de uma disciplina transdisciplinar intercampi, destacando as estratégias implementadas e os desafios vivenciados no processo de operacionalização.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Estudo de intervenção, prospectivo, comparativo, do tipo antes e depois, realizado com estudantes universitários de dois *campi* de uma universidade pública localizados em cidades distantes geograficamente cerca de 600 quilômetros, no período de maio a setembro de 2013.

Participantes da pesquisa e cenário do estudo

Participaram do estudo 29 estudantes universitários que cursavam a disciplina semipresencial Tópicos Especiais em Políticas de Saúde e Cidadania, pertencentes a diversos cursos de graduação de diferentes áreas de conhecimento (biológicas e da saúde, humanas, agrárias e exatas) de dois *campi* de uma universidade.

Como parte da proposta, foi capacitada uma equipe de docentes e estudantes de pós-graduação dos dois *campi* da universidade para o desenvolvimento da disciplina na modalidade semipresencial com o uso de TIC e métodos ativos de ensino, aprendizagem e avaliação. Estes sujeitos não possuíam experiência prévia com processos inovadores de ensino e aprendizagem, manejo de Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e atuação em atividades de tutoria. Para isto, desenhou-se uma dinâmica de capacitação em que os docentes e pós-

-graduandos foram habilitados para o exercício da tutoria, de forma a vivenciarem as atividades a serem realizadas com os estudantes, para que pudessem, posteriormente, aplicá-las simultaneamente sob orientação do coordenador da disciplina.

Instrumentos de coleta e análise dos dados

A disciplina versou sobre a temática de políticas de saúde e cidadania e teve como ênfase uma formação docente e discente centrada em competências relacionadas ao profissionalismo. Centrou-se ainda na discussão de temas transversais à formação universitária, com a utilização de metodologias ativas de ensino, aprendizagem e avaliação, manejo de AVA e TIC. Viabilizou-se por meio de um desenho de ensino problematizador, que visou integrar sujeitos com formações distintas e distantes geograficamente, o que foi ao encontro de uma formação centrada nas exigências profissionais contemporâneas.

O desenho da disciplina desenvolveu-se em três ambientes distintos:

– *Ambiente Virtual de Aprendizagem*, para o qual foi elaborada uma plataforma virtual semelhante à Plataforma Moodle, onde os estudantes e a equipe de tutores postavam atividades, participavam de fóruns e construíam trabalhos coletivamente, possibilitando a integração entre os *campi* distantes geograficamente;

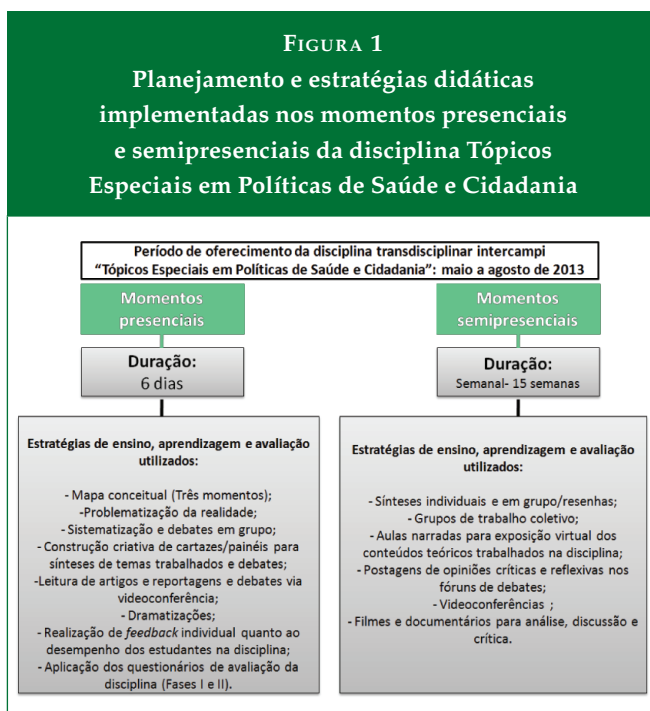
– *Momentos presenciais em cada campus*, nos quais os conteúdos abordados na disciplina eram trabalhados pela equipe de docentes e pós-graduandos em cada cidade, com a utilização de métodos ativos de ensino, aprendizagem e avaliação. Estes momentos eram utilizados ainda para a realização de *feedback* acerca do desempenho de cada estudante e da equipe na disciplina, corroborando os princípios da avaliação formativa;

– *Momentos presenciais integrando os dois campi da universidade*, que eram realizados mensalmente com o intuito de integrar estudantes e a equipe de tutores dos dois *campi*, para os quais foram viabilizados debates de temas relativos às políticas de saúde e cidadania por meio de videoconferências. Estas foram realizadas entre os *campi*, onde, num primeiro momento, os alunos eram divididos em pequenos grupos com o objetivo de desenvolver atividades que problematizassem o tema específico da crise da saúde, por meio de discussão de reportagens da imprensa leiga e da saúde, utilizando como referenciais a revista *Radis*, jornais do Conselho Regional de Medicina e publicações do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), entre outros. O produto destas discussões era a construção coletiva de sínteses pelos pequenos grupos e painéis de cartolina que representavam graficamente os resultados das reflexões dos grupos. Num segundo momento, os estudantes dos dois *campi* eram colocados para debater os temas, por videocon-

ferência, e cada grande grupo de um *campus* apresentava ao outro suas discussões; num terceiro momento, havia o debate entre estes estudantes acerca dos temas discutidos.

Cabe ressaltar que as atividades de ensino, aprendizagem e avaliação realizadas visaram desenvolver pelos estudantes competências pessoais, específicas e digitais (habilidades ligadas ao manejo das TIC) para atuação nos três ambientes de ensino (AVA, presenciais distintos entre os *campi* e presenciais concomitantes entre os dois *campi*), o que representou uma estratégia inovadora no âmbito do ensino universitário, mesclando métodos ativos, TIC e EAD.

Foi elaborado um arranjo tutorial para a disciplina intercampi, composto pelos seguintes membros: coordenador-geral, responsável por coordenar toda a equipe e desenvolver o planejamento da disciplina; supervisor pedagógico, que tinha por função supervisionar as estratégias didáticas adotadas; supervisor do AVA, que auxiliava toda a equipe no manejo das ferramentas virtuais; orientador de aprendizagem, cujas atividades desenvolvidas eram o apoio e orientação aos tutores que atuavam diretamente com os estudantes; tutores e cotutores, que estavam na linha de frente, desenvolvendo as atividades de ensino, aprendizagem e avaliação com os estudantes nos espaços virtuais e presenciais; e observador/pesquisador, que observou todo o processo e deu apoio às ações de pesquisa vinculadas ao projeto. O planejamento didático-operacional dessa disciplina está demonstrado na Figura 1.



O modelo didático apresentado mesclou distintos métodos e técnicas de ensino, aprendizagem e avaliação, o que possibilitou uma participação mais ativa dos estudantes nas temáticas trabalhadas na disciplina. Este fato contribuiu para uma formação discente voltada às necessidades do mundo contemporâneo ao privilegiar o raciocínio crítico e reflexivo sobre problemas reais, em consonância com os valores éticos e preceitos da cidadania.

Desse modo, a implementação de distintas tecnologias educacionais se configurou como uma proposta de intervenção na qual o desenvolvimento de competências ligadas ao profissionalismo pelos estudantes foi avaliado durante e após a implementação da disciplina por meio de questionários que continham uma Escala Likert, com escores de avaliação que variaram de 1 a 4, sendo: (1) insuficiente (nota de 0 a 4,9); (2) pouco suficiente (nota de 5,0 a 5,9); (3) suficiente (nota de 6 a 7,9); (4) muito suficiente (nota de 8 a 10). As questões contidas no questionário foram elaboradas pelos pesquisadores tendo como referência os estudos de Lizarraga¹⁴, Melo Neto¹⁵, Cardoso¹⁶, Assis¹⁷, Azevedo¹⁸, Raposo¹⁹, Zink *et al.*¹, Cotta *et al.*^{11,7,13} e Miles *et al.*²⁰ sobre competências e profissionalismo.

Dividiram-se as questões do questionário em três categorias, cada uma contendo inúmeras variáveis, descritas a seguir: (1) *Objetivos da disciplina* (relacionados aos propósitos, metas e fins que se desejou atingir com o uso das ferramentas didáticas e tecnológicas propostas); (2) *Estrutura e organização dos conteúdos* (incluiu a organização geral da disciplina e dos conteúdos, e a estrutura do ambiente virtual de aprendizagem); (3) *Competências desenvolvidas* (relacionadas às habilidades e atitudes desenvolvidas pelo estudante), subdivididas em três subcategorias: (3.1) gerais (transversais a qualquer área de atuação profissional); (3.2) específicas (relacionadas a um campo específico de conhecimentos) e (3.3) digitais (necessárias à atuação em ambiente virtual). Os resultados aqui apresentados centraram-se na análise do desenvolvimento de competências relacionadas às quatro categorias, agrupadas nos domínios: (1) Cidadania, valores e ética; (2) Comunicação; (3) Trabalho em equipe; e (4) Raciocínio crítico e reflexivo, em conformidade com o conceito de profissionalismo definido por Zink *et al.*¹.

O questionário foi aplicado em dois momentos. A Fase I constituiu a primeira etapa de avaliação da disciplina, realizada em julho de 2013, e a Fase II, a segunda etapa, e foi realizada em agosto de 2013. O preenchimento dos questionários respeitou o anonimato dos participantes.

A análise estatística descritiva dos dados incluiu a descrição das categorias do instrumento por meio de distribuição da média dos escores na Fase I e Fase II e sua posterior apresentação sob a forma de gráficos de barras. Para avaliação do de-

sempenho das competências entre as Fases I e II, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, considerando o nível de significância estatística de $p < 0,05$. Cabe ressaltar que o objetivo do estudo não foi comparar os resultados entre os dois *campi*, mas, sim, o grupo de estudantes de forma geral para o desenvolvimento das competências ligadas ao profissionalismo, durante e após a implementação da disciplina. O *software* SPSS versão 20 foi utilizado para as análises.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (UFV), protocolo nº 241.923, em 05/04/2013, em consonância com o disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil.

RESULTADOS

Como forma de avaliação do impacto da utilização de métodos e técnicas de ensino, aprendizagem e avaliação sobre o desenvolvimento das competências pelos estudantes, de um total de 29 estudantes, na Fase I, 23 responderam aos questionários; já na Fase II da avaliação, 19 participantes responderam. O Quadro 1 mostra as competências relacionadas ao profissionalismo agrupadas nos domínios *Cidadania, valores e ética, Comunicação, Trabalho em equipe e Raciocínio crítico e reflexivo*.

QUADRO 1 Competências relacionadas ao profissionalismo agrupadas nos domínios <i>Cidadania, valores e ética, Comunicação, Trabalho em equipe e Raciocínio crítico e reflexivo</i>, avaliadas pelos estudantes que cursaram a disciplina Tópicos Especiais em Políticas de Saúde e Cidadania, durante e após seu oferecimento, Fases I e II	
Cidadania, valores e ética	
Contribui para a formação profissional e cidadã.	
Há o desenvolvimento de habilidades afetivas e sociais (interação, trabalho em equipe, solidariedade, empatia, escuta).	
Tem ciência de seu papel na sociedade e como estudante de uma universidade pública.	
Possibilita a aproximação e exercício dos conceitos de cidadania.	
Comunicação	
Sente-se motivado para integração com estudantes de distintos cursos e <i>campi</i> , e considera importante a interação por meio de videoconferência.	
É estimulado a expressar seus pontos de vista e a desenvolver sua capacidade de comunicação (oral, escrita, digital).	
Interage, se comunica e socializa conhecimentos para o grupo.	

Trabalho em equipe
Demonstra autoconhecimento e habilidade de lidar com conflitos.
Desenvolve a autonomia, capacidade de administrar conflitos, exercer distintos papéis e habilidade de lidar com o outro.
Raciocínio crítico e reflexivo
Os materiais didáticos (aulas narradas, filmes, documentários, comandas da semana) disponibilizados no ambiente virtual de aprendizagem facilitam a aprendizagem.
Avalia seus pontos fortes, fracos e potencialidades. Autorregula sua aprendizagem, aprendendo com os erros e corrigindo rumos.
As metodologias utilizadas possibilitam o resgate de conteúdos prévios, a análise das informações novas e a (re)construção do conhecimento.
Sente-se capaz de aplicar os conteúdos estudados aos problemas da vida real/profissional.
As metodologias e conteúdos trabalhados na disciplina possibilitam uma aprendizagem dinâmica e contextualizada com o entorno e o contexto do trabalho.
O uso das metodologias inovadoras em ambiente virtual possibilita o exercício do pensamento crítico e reflexivo.

Os achados deste estudo demonstraram que a maioria das competências agrupadas nos quatro domínios descritos obteve aumento de suas médias da Fase I para a Fase II, o que revela um padrão de crescimento dos escores de avaliação destes itens pelos estudantes. Com base nestes resultados, pode-se inferir que os estudantes consideraram que as estratégias didáticas adotadas na disciplina contribuíram positivamente para o desenvolvimento das competências elencadas nesses domínios.

A análise do domínio *Cidadania, valores e ética* (Gráfico 1) apontou a melhoria de todos as variáveis avaliadas, embora somente o item “*Contribui para a formação profissional e cidadã*” tenha sido estatisticamente significativo ($p = 0,011$). Isto pode ser explicado pelo fato de a disciplina ter abordado temas referentes à formação profissional voltada para a cidadania e ao entendimento do papel do estudante enquanto profissional e cidadão, contextualizado à realidade de vida e do trabalho.

Com relação ao domínio *Comunicação* (Gráfico 2), todas as variáveis analisadas revelaram aumento de seus escores avaliativos entre as Fases I e II, apesar de não ter havido significância estatística, o que demonstra que os estudantes evoluíram nos quesitos referentes à comunicação, seja ela oral, escrita ou digital, viabilizados por meio da utilização de metodologias de ensino, aprendizagem e avaliação. Estas se mostraram eficientes para o desenvolvimento desta competência (entre estes métodos e técnicas de ensino, pode-se citar a participação em fóruns, debates via videoconferência, trabalhos em pequenos grupos, entre outros).

GRÁFICO 1

Média dos escores obtidos nas avaliações das Fases I e II referentes ao desenvolvimento das competências relativas ao domínio *Cidadania, valores e ética* pelos estudantes avaliados

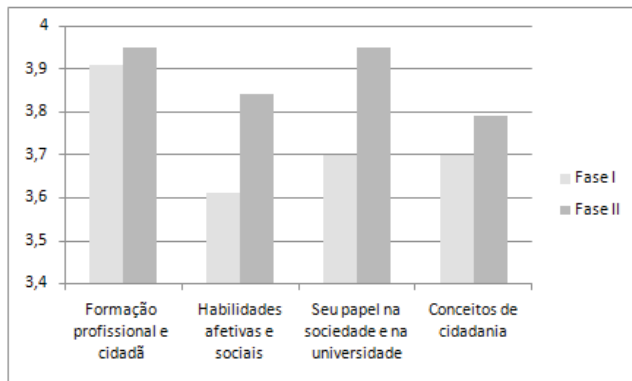
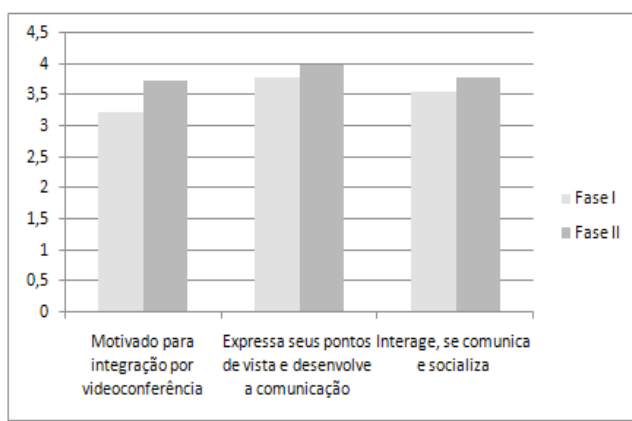


GRÁFICO 2

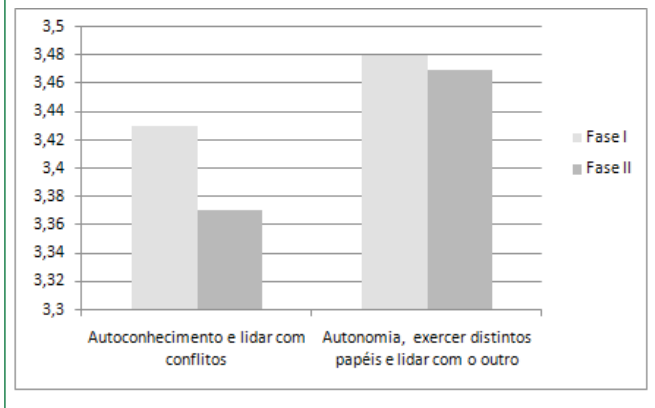
Média dos escores obtidos nas avaliações das Fases I e II referentes ao desenvolvimento das competências relativas ao domínio *Comunicação* pelos estudantes avaliados



Quando se observam os dados relativos ao domínio *Trabalho em equipe* (Gráfico 3), nota-se que as duas variáveis avaliadas mostraram escores que tenderam para uma pequena queda entre as Fases I e II (também não houve significância estatística), o que pode ser atribuído à pouca possibilidade de os estudantes desenvolverem trabalhos em equipe, tão comuns ao mundo universitário contemporâneo, que estimula a competitividade predatória e classificatória em detrimento da cooperação e responsabilização entre os pares.

GRÁFICO 3

Média dos escores obtidos nas avaliações das Fases I e II referentes ao desenvolvimento das competências relativas ao domínio *Trabalho em equipe* pelos estudantes avaliados



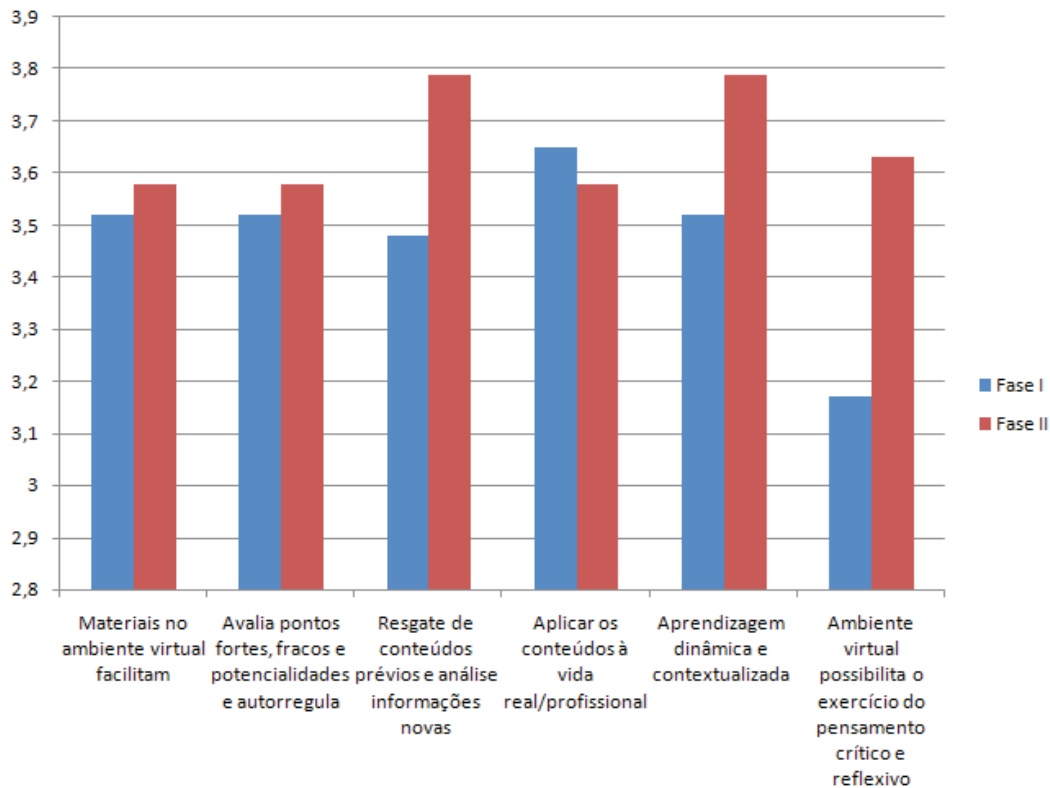
No que se refere ao domínio *Raciocínio crítico e reflexivo* (Gráfico 4), observou-se um aumento das variáveis avaliadas, demonstrando, de forma geral, que as metodologias de ensino, aprendizagem e avaliação adotadas na disciplina foram eficientes para despertar no estudante habilidades cognitivas complexas (análise, crítica, reflexão) e a aplicação do conhecimento produzido contextualizado sobre o entorno. Este fato pode ser verificado na variável “*O uso das metodologias inovadoras em ambiente virtual possibilita o exercício do pensamento crítico e reflexivo*”, que apresentou significância estatística de $p = 0,038$. Porém, embora os conhecimentos adquiridos sejam, na visão dos estudantes, de difícil aplicação prática (o que pode ser visto nas colunas das Fases I e II da variável “*Sente-se capaz de aplicar os conteúdos estudados aos problemas da vida real/profissional*”) pelo fato de os participantes do estudo ainda não se encontrarem no mundo do trabalho, pode-se inferir que eles demonstraram a capacidade de projetá-los para seu exercício futuro como profissionais.

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo vão ao encontro das atuais discussões sobre a necessidade de inovação do sistema educacional tendo as TIC e os métodos ativos de ensino, aprendizagem e avaliação como reconfiguradores dos processos e/ou relações de vida e trabalho acadêmicos e profissionais. Estas questões têm sido referenciadas por correntes pedagógicas contemporâneas, que defendem concepções educacionais críticas, reflexivas, dialéticas, dialógicas e centradas nos sujeitos^{21,22}.

GRÁFICO 4

Média dos escores obtidos nas avaliações das Fases I e II referentes ao desenvolvimento das competências relativas ao domínio *Raciocínio crítico e reflexivo* pelos estudantes avaliados



Segundo Blanco⁵, o emprego de um novo formato de tecnologias educacionais na sociedade da informação se faz necessário por requerer cidadãos capazes de avaliar todas as propostas de ofertas que lhes são apresentadas a todo momento. Para isto, algumas habilidades lhes são exigidas e podem ser sistematizadas de acordo com as proposições do informe da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco)^{7,8,14}, que recorre ao conceito de competência e concretiza os objetivos do sistema educativo em quatro linhas fundamentais: aprender a ser, aprender a conhecer, aprender a fazer, e aprender a conviver e a trabalhar com outros.

Sob essas premissas, no que se refere às competências do profissionalismo destacadas neste estudo, mais especificamente as relativas à *Cidadania, à ética e aos valores*, obteve-se que o trabalho com temas transversais à formação de estudantes universitários de distintas áreas de conhecimento contribuiu para uma valorização pelos estudantes do *Aprender a*

ser. Este fato vai de encontro aos valores cultuados no mundo contemporâneo, marcado pela competitividade, imediatismo e inadequados relacionamentos interpessoais, que assolam as relações de trabalho e a vida em sociedade.

Os achados deste estudo corroboram a pesquisa realizada por Reimers²³, onde se destaca a importância de estimular e desenvolver competências afetivas e sociais, tais como resiliência, perseverança, empatia e cidadania, que devem orientar a utilização das tecnologias que inovam os processos educacionais.

Resultados de um estudo realizado entre estudantes de pós-graduação que frequentavam cursos de especialização e residência multiprofissional cujo eixo de orientação dos currículos eram as metodologias ativas de ensino e aprendizagem revelou que os estudantes se sentiram mais aptos a intervir e a modificar sua prática de trabalho cotidiana quando eram colocados a refletir sobre ela, por meio de estratégias ativas e participativas de ensino²⁴.

Gelbcke *et al.*²⁵ destacam que a (con)vivência no mundo atual requer este envolvimento dos indivíduos e instituições de formação com abordagens mais críticas, que possibilitem a compreensão de um mundo marcado por rápidas mudanças e grandes contradições. Para isto, os autores apontam a importância do exercício da cidadania para uma nova consciência social, de forma a romper com a relação de anomia, favorecendo a expressão de identidades e a ocupação do lugar do sujeito no mundo.

Um estudo desenvolvido por Miranda²⁶ corrobora esta questão ao defender que as vultosas e rápidas transformações sociais e históricas a que se assiste na sociedade contemporânea exigem um resgate da cidadania, de forma a promover uma emancipação desta e dos sujeitos que a integram. Paulin e Luzio²⁷ e Alves²⁸ também apostam na ideia de que a formação de profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de promover valores humanos e que leve em conta a realidade social e suas demandas seja uma condição imperativa para o desenvolvimento social e a produção de conhecimento relevante e útil. Para isto, é preciso possibilitar, nos momentos de formação universitária, espaços de discussão sobre a importância e os meios de uma formação cidadã.

Nesta mesma linha, os resultados do presente estudo apontam uma dificuldade dos estudantes na aplicação prática dos conteúdos trabalhados na disciplina. Diversos estudos mostram que este fato não é incomum, uma vez que é cada vez mais difícil formar indivíduos capazes de reconhecer os problemas da sociedade e que estejam aptos a exercer seus papéis como cidadãos comprometidos, transitando com segurança e desenvoltura num mundo cada vez mais complexo e repleto de desafios técnicos, humanos, sociais e tecnológicos, entre outros. Cabe ressaltar que a escola é o local de se aprender a lidar com as contradições sociais e problematizar a realidade, estando o “aprender a fazer” dependente de um agir sobre as necessidades sociais vividas, transformando os indivíduos por meio da práxis^{24,29}.

No tocante ao domínio *Trabalho em equipe*, há que se salientar a dificuldade relatada pelos estudantes em desenvolver esta competência, o que vai ao encontro da atual conformação competitiva e predatória que vem se instalando nas instituições de ensino universitário. Este fato revela uma negligência ao estímulo ao exercício da alteridade, compaixão e trabalho colaborativo entre pares, estimulando o individualismo.

Uma pesquisa desenvolvida por Marin *et al.*²⁴ informou sobre avaliações positivas de egressos de cursos da área da saúde que utilizaram métodos ativos de ensino e aprendizagem no que tange ao trabalho em equipe com pessoas de diferentes áreas de conhecimento. Esse estudo ressaltou a habili-

dade desenvolvida em lidar com conflitos, respeitar a opinião de colegas de trabalho e a percepção da dinâmica do grupo, favorecendo um crescimento pessoal.

Um estudo realizado por Cotta *et al.*³⁰ apontou a necessidade de desenvolver estratégias no âmbito universitário – como oficinas, por exemplo – que valorizem, estimulem e implementem rodas de conversa e trabalhos em pequenos grupos, de forma transdisciplinar, dialógica e dinâmica, favorecendo uma visão holística do processo de ensino e aprendizagem e da produção de conhecimento. Esse mesmo estudo relatou a experiência de construção de um ateliê de formação universitária como práxis libertadora, do qual participam docentes e discentes de graduação e pós-graduação de distintas áreas do conhecimento de uma universidade pública, que se reúnem semanalmente para construir e compartilhar saberes, produções científicas e projetos. Além disso, constitui um *locus* cuja dimensão humana se faz muito presente ao servir de espaço para “o compartilhar de afetos, angústias, anseios e dúvidas relacionadas aos exercícios profissionais e da vida³⁰” (p. 46). Esta experiência vai ao encontro de uma práxis educativa libertadora, que estimula a autonomia, a reflexão, a parceria e os valores, reduzindo uma das lacunas relativas à capacitação e à formação universitárias, que é a prática competitiva e predatória.

Sob este ponto de vista, a educação contemporânea se estrutura sob dois aspectos: *educação como promotora de competitividade*, que pode ser entendida como uma educação alicerçada no tripé “educação, ciência e tecnologia”, que objetiva responder ao desenvolvimento, elaborada num formato mais competitivo; e *a educação como promotora de cidadania social*, que se dirige a um formato educacional que visa minimizar as desigualdades sociais, compreendida de forma mais abrangente e considerando os valores, o atendimento às demandas da população, a inclusão social, a democracia e a dimensão política^{31,32}.

Por outro lado, quando se discutem as habilidades de comunicação, os resultados deste estudo revelaram que o uso das TIC (como a construção de sínteses individuais e coletivas em ambiente virtual, os debates nos fóruns e as discussões intercâmpis via videoconferência) contribuiu para a aprendizagem dos conteúdos e aperfeiçoamento destas habilidades pelos estudantes. Neste contexto, a literatura informa que, diante da realidade da sociedade do conhecimento e da informação atual, torna-se crucial investir em estudos e implementar estratégias que extraiam das TIC todas as suas potencialidades, ao mesmo tempo em que estimulem o desenvolvimento de maior conscientização sobre os processos de forma crítica, criativa, colaborativa, inovadora, comunicativa, interativa e colaborativa³³.

A ideia de mesclar conhecimentos e de possibilitar o encontro de distintos atores no sentido da transdisciplinaridade propiciou não somente a superação da compartimentalização dos saberes, mas também o uso habilidoso da comunicação. A grande questão é colocar os indivíduos para se perceberem como atores sociais em interlocução com outros sujeitos do cenário social³².

Um estudo sobre o desenvolvimento de competências em estudantes de pós-graduação em saúde revelou que a utilização de metodologias de ensino que viabilizassem maior articulação teoria-prática e que tivessem a integralidade como eixo norteador das práticas possibilitou o desenvolvimento de habilidades comunicativas, facilitando o manejo de conflitos entre os profissionais e a tomada de decisão e gestão²⁴.

Barbosa e Moura²⁹ corroboram estes resultados ao afirmarem que as metodologias ativas permitem aos estudantes vivenciar a experiência de ensino e aprendizagem com mais confiança em suas decisões e na aplicação do conhecimento em situações práticas. Ademais, há a melhoria das relações com os colegas, colaborando com o trabalho em equipe e no aprendizado de melhores formas de se expressar oralmente e por escrito, ratificando os resultados encontrados neste estudo no domínio *Comunicação*, reforçando a autonomia no pensar e no atuar.

Há que se apontar ainda que a experiência tratada neste estudo reafirmou o que a evidência científica informa sobre a utilização das metodologias ativas enquanto estratégias educativas comprovadamente exitosas na promoção das competências relacionadas ao *Raciocínio crítico e reflexivo*, competências estas necessárias à formação do profissional-cidadão e que devem ser estimuladas no âmbito universitário^{7,11,12,13,34}.

Sob essa perspectiva, este domínio apresentou melhoria na maioria das variáveis avaliadas (Gráfico 4), destacando-se o papel estratégico das metodologias que privilegiaram a autonomia, a crítica, a reflexão e a inserção dos estudantes no mundo real da vida e do trabalho. Um estudante que pratica o pensamento crítico é capaz de: entender a complexidade do mundo atual; raciocinar de forma coerente e argumentar; avaliar a credibilidade do que se estuda; analisar diferentes pontos de vista; solucionar problemas em grupo e prever acontecimentos futuros^{8,11}.

Ainda no que se refere ao domínio *Raciocínio crítico e reflexivo*, a autorregulação (expressa na variável “*Avalia seus pontos fortes, fracos e potencialidades. Autorregula sua aprendizagem, aprendendo com os erros e corrigindo rumos*”) e a transferência (apresentada na variável “*Sente-se capaz de aplicar os conteúdos estudados aos problemas da vida real/profissional*”) evidenciam melhoria e queda do escore avaliativo, respectivamente, e representam competências importantes para os estudantes.

Estes dados revelam evidências paradoxais, uma vez que os estudantes conseguiram perceber o que erraram e identificaram o erro, mas não se sentiram capazes de aplicar os conteúdos estudados na vida real e profissional. Esses dados vêm reforçar outro achado deste estudo, concernente ao domínio *Cidadania, valores e ética*, que mostra uma dificuldade de aplicação dos conhecimentos adquiridos em outros cenários/realidades, revelando que o ensino universitário ainda é marcado por práticas tradicionais, que não privilegiam o pensamento cognitivo.

O conhecimento desta situação é de grande relevância para os docentes, uma vez que, tendo em vista esta realidade, devem considerar no planejamento de suas atividades didáticas, de forma geral, ações que priorizem a articulação teoria-prática e que estimulem no estudante a resolução de problemas complexos. Estas ações requerem um agir reflexivo, crítico e contextualizado, que possibilite ao estudante a vivência do caráter prático e utilitário da informação/conhecimento que ele aprendeu/apreendeu.

Mitre *et al.*¹², ao discutirem as potencialidades da problematização como método ativo de ensino, destacam que o estudante, ao exercitar a dialética da ação-reflexão-ação, partindo da realidade social como ponto inicial, e ao percorrer suas etapas, que são a observação da realidade, o levantamento dos pontos-chave (problemas), a teorização, a busca de hipóteses de solução do problema e sua aplicação prática, exercita seu pensamento crítico e reflexivo.

Os achados do estudo, no entanto, revelaram uma dificuldade dos estudantes em converter/transferir um conhecimento teórico adquirido e aprendido à realidade prática. Com base nestas considerações, infere-se que existem algumas barreiras à efetivação da última etapa da problematização, que podem ter sido ocasionadas pela dificuldade dos estudantes de discutir coletivamente/transdisciplinarmente as hipóteses de solução dos problemas aplicáveis na realidade e pela dificuldade de confrontação do grupo e tomada de decisões. Este fato pode ser explicado pela formação nos moldes tradicionais que estes alunos tiveram, não estimulando o exercício da criatividade e originalidade para a solução de problemas, considerando que o ensino tradicional conteudista não abre espaço para a imaginação livre e o pensar de maneira inovadora, tolhendo no estudante seu pensamento crítico e a responsabilidade pela própria aprendizagem.

CONCLUSÕES

Iluminado por um novo olhar sobre o processo de ensino e aprendizagem, este estudo promoveu uma (re)modelagem da educação no âmbito universitário ao propor um formato educacional estratégico e ousado, integrando *campi* e atores

distintos e separados tanto geograficamente como por áreas de conhecimento de uma universidade pública, pautadas no conhecimento inter- e transdisciplinar de temas como políticas de saúde e cidadania.

Os achados deste estudo apontam um êxito na elaboração e implementação de um desenho de ensino crítico-reflexivo, aliando metodologias ativas e TIC durante o oferecimento de uma disciplina que abordou temáticas transversais à formação de estudantes universitários de diferentes áreas do conhecimento, cujo objetivo foi o desenvolvimento de competências relacionadas ao profissionalismo, integrando distintos *campi* de uma universidade pública.

Ressalta-se que a implementação de estratégias didáticas distintas contribuiu para o desenvolvimento das competências relacionadas aos domínios *Cidadania, valores e ética, Comunicação e Raciocínio crítico e reflexivo* pelos estudantes. Isto foi possível devido ao desenho de ensino proposto por meio da disciplina semipresencial e ao trabalho de formação de toda a equipe de tutores, que tinha por orientação privilegiar a interação e minimizar a distância disciplinar e física entre os participantes.

Porém, a implantação deste modelo de ensino apresentou alguns desafios, como a dificuldade de manejo das TIC pelos estudantes, pouca familiaridade com o trabalho em equipe – o que dificultou o desenvolvimento das atividades presenciais e semipresenciais que exigiam um esforço coletivo –, além da gestão do tempo deficiente pelos estudantes, verificada no atraso de entrega de trabalhos no ambiente virtual de aprendizagem e na comunicação por meio de fóruns. Estes fatores merecem ser destacados, uma vez que dificultaram o processo de ensino desenvolvido, devendo ser considerados em desenhos metodológicos futuros como aspectos a serem trabalhados pela equipe de tutores.

Por fim, a questão-chave que se destaca é que as competências ligadas ao profissionalismo podem ser incentivadas e desenvolvidas em estudantes de outras áreas do conhecimento que não somente a da saúde (público predominante relatado nas pesquisas sobre profissionalismo). Ressalta-se que a aprendizagem dos aspectos relacionados à cidadania, à ética, aos valores, às habilidades de comunicação, ao trabalho em equipe e raciocínio crítico e reflexivo, entre outras questões, pode ser entendida como requisitos universais para a formação de qualquer estudante universitário.

REFERÊNCIAS

- Zink T, Halaas GW, Brooks KD. Learning professionalism during the third year of medical school in a 9-month-clinical rotation in rural Minnesota. *Med Teach* 2009; 31 (11): 1001-1006.
- Adkoli BV, Al-Umran KU, Al-Sheikh M, Deepak KK, Al-Rubaish AM. Medical students perception of professionalism: a qualitative study from Saudi Arabia. *Med Teach* 2011; 33 (10): 840-845.
- Mossop LH. Is a time to define veterinary professionalism? *J Vet Med Educ* 2012; 39 (1): 93-100.
- Gallego LV. Hacia una universidad competente. *Rev Ibero-americana de Educación* 2012; 58 (2).
- Blanco F. Desarrollo y evaluación de competencias em educación superior. Madrid, Espana: Narcea Ediciones; 2009.
- Zabalza MA. Competencias docentes del profesorado universitario: calidad y desarrollo profesional. Madrid, Espana: Narcea Ediciones; 2009.
- Cotta RMM, Silva LS, Lopes LL, Gomes KO, Cotta FM, Lugarinho R, Mitre SM. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino aprendizagem. *Cien Saude Colet* 2012; 17 (3): 787-796.
- Delors J. La educación encierra un tesoro. Madrid: Santillana; 1996.
- Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasília; 2001.
- Medeiros J. TIC nas aulas: onde estamos. *Rev Nova Escola*. São Paulo: Fundação Victor Civita; 2012.
- Cotta RMM, Mendonça ET, Costa GD. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 30 (5): 415-421.
- Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, Moreira T, Hoffmannet LMA. Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação profissional: debates atuais. *Cien Saude Colet* 2008; 13 (suppl 2): 2133-2144.
- Cotta RMM, Costa GD, Mendonça ET. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. *Cien Saude Colet* 2013; 18 (6): 1847-1856.
- Lizarraga MLSA. Competencias cognitivas en educación superior. Madrid, Espana: Narcea Ediciones; 2010.
- Melo Neto JA. Superando barreiras naturais: a EAD na região Amazônica. In: Litto FM, Formiga M. Educação a distância: o estado da arte. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2012.
- Cardoso MYNP. Ética e EAD. In: Litto FM, Formiga M. Educação a distância: o estado da arte. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2012.
- Assis EM. Satélites artificiais e EAD. In: Litto FM, Formiga M. Educação a distância: o estado da arte. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2012.

18. Azevedo JC. Os primórdios da EAD na educação superior brasileira. In: Litto FM, Formiga M. Educação a distância: o estado da arte. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2012.
19. Raposo M. Competência digital e a EAD. In: Litto FM, Formiga M. Educação a distância: o estado da arte. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2012.
20. Miles PV, Conway PH, Pawlson LG. Physician professionalism and accountability: the role of collaborative improvement networks. *Pediatrics* 2013; 131 (4): 204-209.
21. Neves FBCS, Bôaventura CS, Bitencourt AGV, Athanzio DA, Abensur D, Reis MG. Impacto da introdução de mídia eletrônica num curso de Patologia Geral. *Rev Bras Educ Med* 2008; 32 (4): 431-436.
22. Anastasiou LGC, Alves LP (orgs.). Processos de ensinagem na universidade-pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 9.ed. Joinville: UNIVILLE; 2010.
23. Reimers F. Liderança e inovação no ensino. *Rev Nova Escola*. São Paulo: Fundação Victor Civita; 2012.
24. Marin MJS, Gomes R, Marvulo MML, Primo EM, Barbosa PMK, Druzian S. Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. *Interface – Comunic, Saude, Educ* 2010; 14 (33): 331-344.
25. Gelbcke FL, Tavares CMA, Matos E, Fertoni HP, Silvestrim ANS, Shiroma LMB, Almeida PJ Santos, Strauch FL. Trabalho, saúde, cidadania e enfermagem: produção do conhecimento do grupo práxis. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4): 727-733.
26. Miranda IL. Processo educativo: a praxis intencional e o resgate da cidadania. *Rev Fac Educ* 1998; 24 (1).
27. Paulin T, Luzio CA. A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. *Rev Psicologia UNESP* 2009; 8(2): 98-109.
28. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic, Saude, Educ* 2005; 9 (16): 39-52.
29. Barbosa EF, Moura DG. Metodologias ativas de aprendizagem na educação profissional e tecnológica. *B Tec Senac* 2013; 39 (2): 48-67.
30. Cotta RMM, Silva LS, Campos AAO, Mendonça ET, Costa GD, Machado JC, Loures, FS, Silva RP, Siqueira RL. Atelier de formação universitária como práxis libertadora: um espaço dialógico de construção do conhecimento. In: Pedro M, Natalia C, Cebreiros MI. Panorama actual en La docencia universitaria. Educacìon Editora; 2014.
31. Sobral FAF. Educação para a competitividade ou para a cidadania social? *São Paulo Perspec* 2000; 14 (1): 3-11.
32. Guimarães DA, Silva ES. Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania. *Cien Saude Colet* 2010; 15 (5): 2551-2562.
33. Iturri J. Ciberespaço e negociações de sentido: aspectos sociais da implementação de redes digitais de comunicação em instituições acadêmicas de saúde pública. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 (4): 803-810.
34. Noguero FL. Metodologías participativas en la enseñanza universitaria. Madrid: Narcea; 2007.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Brasil, entidade do governo brasileiro voltada para a formação de recursos humanos. Processo n° 23038.009788/2010-78, AUX-PE-Pró-Ensino Saúde 2034/2010.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram de todas as etapas de elaboração do manuscrito: idealização, coleta de dados, análise dos dados, construção do artigo e revisão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Erica Toledo de Mendonça
Avenida PH Rolphs, s/n, Departamento de Medicina e Enfermagem
Campus Universitário, Universidade Federal de Viçosa
Viçosa – Minas Gerais
CEP: 36.570-900 MG
E-mail: erica.mendonca@ufv.br

Avaliação dos Atributos em Atenção Primária à Saúde no Estágio em Saúde da Família

Evaluation of the Attributes of Primary Healthcare during an Internship in Family Health

Tiago Salessi Lins^I

Francisco José Passos Soares^{II}

Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Atenção Primária à Saúde;
- Educação em Saúde;
- Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Primary Health Care;
- Health Education;
- Health Care Access and Evaluation;
- Medical Education.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar os atributos da APS desenvolvidos durante o estágio de internato em Saúde da Família do curso médico da Universidade Federal de Alagoas (Ufal). Trata-se de um estudo transversal, em que os dados foram coletados por meio do questionário PCATool-Brasil aplicado aos preceptores médicos das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e discentes que já haviam cursado o estágio em Saúde da Família. As médias dos escores para ambos, preceptores e discentes, foram consideradas boas: o escore essencial foi 6,71 e 6,78; o escore derivado, 7,35 e 7,67; e o escore geral, 6,88 e 6,91, para preceptores e discentes, respectivamente. No entanto, evidenciaram-se fragilidades nos atributos de acesso (5,94 e 5,91), coordenação do cuidado (5,33 e 5,00) e integralidade e serviços complementares disponíveis (6,36 e 5,99). Foi evidenciado que as UBSF de ensino da Ufal apresentam, em sua maioria, escores satisfatórios dos atributos da APS de maneira a contribuir para uma formação adequada às necessidades de saúde da população, e o seu aprimoramento pode fortalecer sua integração ensino-serviço.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the attributes of PHC developed during an internship in Family Health. Cross-sectional in nature, data for the study was collected via the PCATool-Brazil questionnaire applied to both medical preceptors in Basic Unit Family Health (UBSF) and students to have attended Family Health training at the Federal University of Alagoas (Ufal). The average scores for both preceptors and students were considered good: essential scores were 6.71 and 6.78, derivative scores were 7.35 and 7.67 and overall scores were 6.88 and 6.91 for the preceptors and the students respectively. Several weaknesses were however highlighted on access attributes (5.94 and 5.91), care coordination (5.33 and 5.00), integrality and complementary services (6.36 and 5.99). This showed that scores for Ufal's teaching UBSFs are mostly up to the APS standards, therefore helping ensure it provides training adapted to the population's healthcare needs, although adjustments may be made where necessary in order to strengthen teaching and service integration.

Recebido em: 28/07/2015

Aprovado em: 14/01/2016

^I Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) foi escolhida pelo Ministério da Saúde como o eixo inicial de reorientação do modelo assistencial a partir da publicação da Política Nacional da Atenção Básica em 2006. Com isto, constatou-se que as faculdades de Medicina não estão formando o profissional adequado a esse modelo assistencial. Assim, tornou-se imprescindível adotar medidas reorientadoras do perfil profissional por meio da viabilização de mudanças na graduação que atendam aos interesses apontados por um novo modelo de atenção à saúde¹.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é, agora, amplamente aceita como a oferta ao primeiro contato, de responsabilidade longitudinal pelo paciente e a integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde aos limites da capacitação da equipe de saúde^{2,3}. Entretanto, a história da organização dos serviços orientados pela APS é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções, até se consolidar como uma política.

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado uma superfície de emergência de novas demandas que alavancam as transformações requeridas na educação médica brasileira¹, sendo a educação médica uma dimensão de ampla interface entre as políticas da saúde e da educação. Com isso, os cursos de Medicina vivenciam um processo de transformação diretamente dependente das políticas do Ministério da Educação^{4,5}, bem como das políticas de saúde, considerando que cabe ao Ministério da Saúde, através do SUS, ordenar a formação de recursos humanos dessa área⁶.

O curso de graduação de Medicina deve integrar os alunos às redes de serviços de saúde, desde o início do curso, utilizando cenários diversificados de ensino-aprendizagem, principalmente as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS⁷. Desta forma, inicia-se um contato precoce com a comunidade, propiciando a oportunidade de lidar com problemas reais e um ganho gradual de complexidade e autonomia, tanto nas atividades a serem realizadas, como no processo de ensino-aprendizagem – ou seja, propiciando ao aluno a compreensão da abordagem das doenças prevalentes, tanto agudas como crônicas. O controle das doenças crônicas, por exemplo, só pode ser alcançado com sucesso pela alteração dos padrões de comportamento humano e pela adoção de um modelo de cuidado a longo prazo, por meio de uma abordagem multidisciplinar e cooperativa, rompendo com o modelo biomédico e curativo¹.

Focalizar o ensino médico como uma prática social e reconhecer que as políticas de saúde se materializam na “ponta” do sistema permite identificar uma consonância com os pressupostos que têm orientado a reordenação de novas práticas

do ensino e dos serviços mediante ação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços^{5,8}.

Nesta proximidade entre o serviço e o processo de formação dos profissionais da saúde e com a expansão da APS, torna-se imprescindível a avaliação da qualidade da APS desenvolvida nos espaços de aprendizagem dos alunos.

Starfield², a partir do referencial de Donabedian⁹, propõe um modelo conceitual para a medida da qualidade do processo de APS prestado a uma pessoa e a uma população usuária de determinado serviço. De acordo com a autora, cada serviço de saúde possui uma estrutura (ou capacidade), processo de atenção (ou desempenho) e resultados.

O presente estudo baseia-se na definição de Starfield² para os atributos da APS. O primeiro contato implica acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou para acompanhamento rotineiro de saúde. A longitudinalidade é definida como a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo em um ambiente de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas que causam as doenças; implica a oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia dos diversos tipos de serviços. A coordenação é definida pela capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços. A orientação familiar é um atributo derivado que implica considerar a família como o sujeito da atenção. A orientação comunitária pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem.

O objetivo do presente estudo foi avaliar os atributos da APS percebidos por discentes e preceptores nos cenários de ensino-aprendizagem durante o estágio em Saúde da Família, por meio do instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool* – do inglês *Primary Care Assessment Tool*), versão para os profissionais de saúde e adaptada aos discentes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, em que os dados foram coletados por meio do instrumento *PCATool*-Brasil e aplicado aos preceptores médicos das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e aos discentes que cursaram o estágio em Saúde da Família do curso médico da Universidade Federal de Alagoas (Ufal). Os dados foram coletados no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014 no município de Maceió (AL).

À época do estudo, dez UBSF serviam como cenários de práticas do estágio, todas organizadas no modelo da ESF e distribuídas em três distritos sanitários do município. Foram entrevistados todos os dez médicos preceptores vinculados ao estágio e 48 dos 74 discentes, por amostragem não probabilística, isto é, de conveniência, tendo a participação de médicos/preceptores que, convidados, aceitaram colaborar voluntariamente. Nenhum dos sujeitos abordados se negou a participar da pesquisa e nenhum questionário foi eliminado.

A proposta de inserção dos discentes nas UBSF visa à oportunidade de vivenciar a clínica na APS, sob supervisão, permitindo uma visão do papel do médico na ESF, conforme preconizado pelo SUS^{10,11}. Para alcançar os objetivos do estágio, os discentes se integram às atividades profissionais tanto do médico como dos demais membros da equipe de Saúde da Família.

Atualmente, o estágio denominado Clínica Médica I é ofertado no décimo período do curso para 20 estudantes, com duração total de 12 semanas e carga horária semanal de 40 horas. Esta carga horária inclui quatro horas semanais de atividade teórica na Famed e oito horas em ambulatórios de especialidade no Hospital Universitário. Os estudantes são distribuídos entre dez UBSF pertencentes à rede pública municipal conveniada com a Ufal, e os preceptores são voluntários. A quantidade de estudantes por UBSF depende da estrutura física, havendo, em média, dois estudantes para cada médico-preceptor.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ufal, conforme o processo de nº 21001113.8.0000.5013. Na coleta de dados, utilizou-se a versão do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool* – do inglês *Primary Care Assessment Tool*), adaptada e validada no Brasil por Harzheim et al.¹². Os itens do *PCATool*-Brasil foram ajustados a fim de constituir uma versão para o médico-preceptor e outra para o discente, mantendo-se o conteúdo dos elementos avaliados e modificando-se a pessoa da pergunta para se adequar ao entrevistado. A aplicação dos questionários aos preceptores foi realizada nas UBSF, em horários de acordo com a disponibilidade dos profissionais. Os discentes foram entrevistados em pequenos grupos nos estágios seguintes ao de Clínica Médica I. Os questionários foram preenchidos individualmente.

Os autores negam a existência de conflito de interesses no desenvolvimento desta pesquisa.

Questionário *PCATool*

Na Johns Hopkins University, entre 1997 e 2001, foi elaborado o *PCATool*, um instrumento de avaliação da APS com três ver-

sões: para usuários adultos, para acompanhantes de crianças e para os profissionais de saúde². Este instrumento tem como objetivos identificar a presença e dimensionar a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS sistematizados por Starfield. No Brasil, esse instrumento já foi utilizado em estudos realizados nos municípios de Petrópolis, São Paulo, Curitiba, Rio Grande do Sul e Montes Claros.

Malouin et al.¹³ apontaram que o *PCATool* foi considerado, entre nove instrumentos, o único elaborado para avaliar as características da estrutura e do processo de cada um dos quatro atributos, e disponível em múltiplas versões. Entretanto, reconheceram como limitação do instrumento a utilização dos mesmos “pesos” para medir cada dimensão no cálculo dos escores essencial, derivado e geral da orientação.

O *PCATool* foi elaborado para coletar informações a respeito das características operacionais e práticas – de estrutura e do processo – relacionadas à APS desenvolvidas por profissionais envolvidos na assistência direta aos usuários. Segundo Starfield², para medir o acesso de primeiro contato, é necessário avaliar a acessibilidade (elemento estrutural) e a utilização (elemento processual). Para medir a longitudinalidade, é preciso avaliar a definição da população eletiva (elemento estrutural) e a utilização (elemento processual). Para medir a integralidade, é necessário avaliar a variedade de serviços (elemento estrutural) e o reconhecimento de problemas (elemento processual). E, por fim, para medir a coordenação do cuidado, é preciso avaliar a continuidade (elemento estrutural) e o reconhecimento de problemas (elemento processual).

A versão utilizada no estudo é composta por 62 questões divididas em oito domínios (Quadro 1). As respostas são dispostas em escala Likert, com intervalo de um a quatro para cada atributo (1 = “com certeza não”; 2 = “acho que não”; 3 = “acho que sim”; 4 = “com certeza sim”). Para avaliar a qualidade da APS, foram calculados os seguintes escores: escore por atributo – obtido através da média dos itens que compõem cada dimensão e subdimensão do *PCATool*; escore essencial – obtido através da média dos atributos essenciais (acesso, atenção continuada, coordenação e integralidade); escore derivado – obtido através da média dos atributos derivados (orientação familiar e comunitária); escore geral da APS – valor médio dos atributos essenciais e derivados^{2,12}.

Os escores foram convertidos numa escala de 0 a 10, por meio da aplicação da fórmula: escore de 0 a 10 do atributo X = (escore de 1 a 4 do atributo X – 1) x 10 / (4 – 1). Para análise e discussão, considerou-se a seguinte classificação dos escores: até 6,5, ruim; de 6,6 até 7,6, bom; de 7,7 até 8,6, muito bom; de 8,7 até 10, ótimo.

QUADRO 1
Descrição dos atributos do PCATool com
exemplos e número total de itens

Domínios	Exemplos de itens	Nº de itens
Acesso ao primeiro contato – acessibilidade	Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? O paciente tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para conseguir uma consulta com você?	6
Atenção continuada	Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas? Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	8
Coordenação – integração de cuidados	Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados? Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4
Integralidade – serviços básicos disponíveis	Aconselhamento nutricional. Tratamento dentário.	9
Integralidade – serviços complementares disponíveis	Aconselhamento para problemas de saúde mental. Aconselhamento sobre como parar de fumar.	7
Integralidade – ações de promoção e prevenção disponíveis	Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos em segurança). Como prevenir quedas.	15
Orientação familiar	Você acha que conhece bem as famílias de seus pacientes? Você sabe quais são os problemas mais importantes para o seu paciente e sua família?	6
Orientação comunitária	Você faz visitas domiciliares? Convida membros das famílias a participar do conselho de saúde?	4

Análise de dados

Utilizou-se o *software* IBM SPSS Statistic 22 para realizar as análises estatísticas: descritivas (frequência, percentual, média, desvio padrão, erro padrão e intervalo de confiança de 95%) e de tomada de decisão (teste T de Student) para comparar os escores médios dos construtos aqui considerados em função das atribuições preceptor/discente. Foi adotado nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos dez preceptores do Estágio em Saúde da Família entrevistados, oito eram mulheres e dois, homens. A média de idade foi de 48 anos, e média de 19 anos em relação ao tempo de atuação na APS e de dez anos na UBSF em que se encontravam no momento da pesquisa. Entre os estudantes, a média de idade foi de 24 anos, sendo 21 homens e 27 mulheres.

Este perfil dos profissionais diverge do encontrado em estudos realizados em alguns estados e regiões do Brasil^{14,15,16}. Em estudo com amostra ampla, verificou que a maior proporção de trabalhadores na APS se concentrou no grupo etário de 31 a 45 anos de idade, 48% dos trabalhadores estavam vinculados à UBS havia mais de dois anos, e esta proporção foi superior no Nordeste (55%) quando comparada com o Sul (37%)¹⁶. Também evidenciaram que na ESF existe menor proporção de mulheres, de mais jovens, dos com menos tempo de formados e dos com menos tempo no serviço quando comparada ao modelo tradicional¹⁶.

Guarda *et al.*¹⁵ reportam que os médicos da ESF na região metropolitana do Recife apresentam distribuição equilibrada de gênero, uma alta concentração de profissionais com idade acima de 40 anos (76,3%), e apenas 3,95% apresentaram mais de dez anos de trabalho na estratégia¹⁵. Em Chapecó, foi observado um tempo médio de permanência do médico nas UBSF locais de 3,2 anos¹⁴. Sendo assim, observa-se que a população dos preceptores do internato de Medicina da Famed/Ufal apresenta larga experiência, com período de permanência na mesma UBSF acima da média de outros lugares no mesmo território com 10 anos, em média, de permanência. Este perfil peculiar possivelmente se deve a fatores como vínculo de trabalho estável com plano de cargo e carreira, baixa cobertura da ESF no município e longo tempo sem a realização de novos concursos públicos.

Conill¹⁷ aponta que o tempo de implantação, o tipo de movimento social existente na comunidade e as características dos profissionais têm maior efeito em algumas dimensões, como acesso e integralidade, do que fatores estruturais. Sendo assim, pode-se inferir que o perfil dos profissionais pode influenciar de maneira significativa a qualidade dos serviços.

As médias dos valores encontrados no estudo atual para os escores essencial, derivado e geral, respectivamente, foram 6,71, 7,35 e 6,88 pelos preceptores médicos, e 6,78, 7,67 e 6,91 pelos discentes (Tabela 1). O teste T de Student indicou não haver diferenças entre as percepções dos médicos preceptores e as dos discentes.

Diferentes pesquisadores que utilizaram o *PCATool* relataram escores essencial e geral significativamente maiores para as UBSF do que os atribuídos às unidades básicas de saúde tradicionais (UBSTRAD)^{18,19,20}.

TABELA 1
Comparação das médias dos escores essencial, derivado e geral dos preceptores e discentes. Maceió (AL), 2014

	Média do escore	Desvio padrão	Erro padrão
Escore essencial			
Preceptor	6,71 (6,1–7,32)	0,27	0,85
Discente	6,78 (6,58–6,98)	0,69	0,10
Escore derivado			
Preceptor	7,35 (6,52–8,25)	0,38	1,2
Discente	7,67 (7,35–7,98)	1,07	0,15
Escore geral			
Preceptor	6,88 (6,27–7,4)	0,26	0,85
Discente	6,91 (6,72–7,11)	0,66	0,09

Nota: Intervalo de confiança de 95%.

Na avaliação do escore geral sob a visão dos profissionais, Chomatas¹⁸ observou valores médios nas UBSF e nas unidades básicas de saúde tradicionais (UBSTRAD), de 7,4 e 6,4, respectivamente. Van Stralen *et al.*¹⁹, em estudo que envolveu cidades de Goiás e Mato Grosso do Sul com mais de 100 mil habitantes, também obtiveram o escore geral mais favorável para as UBSF em todos os municípios, apesar de não haver

diferença estatística quando comparado aos das UBSTRAD. Castro *et al.*²¹ realizaram um estudo em Porto Alegre no qual evidenciaram o escore geral médio para UBSF de 7,08, com diferença estatística quando comparado ao das UBSTRAD. Sendo assim, por meio do *PCATool*, verifica-se que os valores do escore geral encontrados nas UBSF de ensino da Ufal são semelhantes aos de outras realidades nacionais.

Tomando-se como medida o escore essencial atribuído por profissionais em Castro *et al.*²¹, as UBSF apresentaram valor (média 6,84) estatisticamente maior do que o atribuído às UBSTRAD (média 6,45). Chomatas¹⁸ observou escore de 7,0 para as UBSF. Desta forma, a média dos valores relativos ao escore essencial das UBSF de ensino da Ufal (6,71 e 6,78) também se apresenta similar à de outras localidades.

A maioria das dimensões analisadas pelos preceptores encontra-se com boa e muito boa qualidade. No entanto, as dimensões integralidade – serviços complementares disponíveis (6,36), acesso ao primeiro contato – acessibilidade (5,94) e coordenação – integração dos cuidados (5,33) obtiveram classificação ruim (Tabela 2).

Por sua vez, houve similaridade na maioria dos escores atribuídos por discentes e preceptores, à exceção do atributo promoção e prevenção, mais bem avaliado pelos preceptores (8,96 x 6,96). Neste atributo, apesar da diferença indicada pelo teste T entre os escores dos discentes e dos preceptores de 0,005

TABELA 2
Comparação dos escores médios por atributo da APS, segundo preceptores e discentes. Maceió (AL), 2014

Atributos	Sujeitos	Média	Desvio padrão	Erro padrão	Intervalo de confiança	
					Inf.	Sup.
Acessibilidade	Preceptor	5,94	1,25	0,39	5,04	6,84
	Discente	5,91	1,04	0,15	5,60	6,21
Atenção continuada	Preceptor	7,03	0,97	0,30	6,34	7,73
	Discente	7,11	1,10	0,15	6,79	7,42
Coordenação	Preceptor	5,33	0,89	0,28	4,69	5,97
	Discente	5,00	1,63	0,23	4,52	5,47
Serviços básicos	Preceptor	7,66	1,55	0,49	6,55	8,77
	Discente	7,78	1,27	0,18	7,41	8,15
Serviços complementares	Preceptor	6,36	2,21	0,70	4,77	7,95
	Discente	5,99	1,72	0,24	5,48	6,49
Promoção e prevenção	Preceptor	8,26	1,08	0,34	7,40	9,04
	Discente	6,96	1,30	0,18	6,58	7,34
Orientação familiar	Preceptor	7,20	1,18	0,37	6,43	8,13
	Discente	7,80	1,39	0,20	7,39	8,20
Orientação comunitária	Preceptor	7,58	1,49	0,47	6,51	8,65
	Discente	7,38	1,39	0,20	6,97	7,79

(IC 95%), ambos foram classificados como bons. Depreende-se destes resultados que preceptores e discentes apresentam uma percepção semelhante da qualidade do cuidado.

Estudos comparativos de atributos da APS segundo o modelo de UBS relatam maiores escores para as UBSF em relação ao modelo tradicional em todos os atributos, ainda que abaixo do valor desejado¹⁸⁻²¹, sendo que há diferença nas dimensões “acesso de primeiro contato” e “integralidade- serviços prestados”.

A identificação e o detalhamento dos pontos fortes ou frágeis dos serviços podem ser realizados pela verificação das respostas aos itens que compõem cada atributo, como se pode constatar pela espera maior do que 30 minutos pela consulta médica, sem contar com a pré-consulta e a necessidade de esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para conseguir uma consulta médica, o que demonstra barreiras no acesso que devem ser ajustadas.

A acessibilidade é um dos atributos entre as menores médias no estudo atual (Tabela 2). Este mesmo resultado foi verificado em outros estudos que também não evidenciaram diferenças quanto aos escores médios deste atributo entre UBSF e UBSTRAD.

A ESF foi concebida para expandir o acesso à Atenção Primária e coordenar a integração com as redes de atenção à saúde ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência, e a rede de serviços de atenção à saúde mental. Em contraste com o esperado na ESF, o escore composto da avaliação da dimensão do acesso, neste estudo, para preceptores e discentes, foi baixo (5,94 e 5,91, respectivamente). No entanto, mesmo havendo alto grau de satisfação para com os serviços de saúde, poderá existir insatisfação substancial em relação a componentes específicos da atenção.

Percebe-se uma homogeneidade entre as respostas ao atributo atenção continuada, com valores satisfatórios. O único item marcado de maneira predominantemente negativa foi a possibilidade de contato com o médico da UBSF por telefone. A presença adequada da atenção continuada é um fator essencial tanto para o sistema de saúde como para a formação médica, pois este atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além de aumentar a resolutividade e a realização de procedimentos de maior complexidade nos cenários de prática²².

Em conformidade com outros estudos, o escore médio para a dimensão atenção contínua obtido na pesquisa atual para preceptores e discentes (7,03 e 7,11, respectivamente) pode ser considerado bom para a APS. Na ótica dos profissionais, os resultados sugerem que os profissionais das UBSF

percebem maior vinculação dos usuários aos serviços, sendo capazes de reconhecer melhor sua população eletiva do que os tradicionais centros de saúde^{18,19,20,23}, o que favorece maior adesão aos tratamentos de doenças crônicas e ao planejamento das atividades em saúde.

O escore atenção continuada indica, ainda, maior acesso à mesma equipe de prestadores de cuidados de saúde ao longo do tempo. Segundo Woodward *et al.*²⁴, a continuidade promove o desenvolvimento de uma relação de confiança entre o indivíduo e o seu prestador de cuidados de saúde. Confiança, comunicação interpessoal e escolha são três variáveis que obtiveram forte associação com a satisfação²⁵, evidenciada pelo alcance de melhores resultados por parte dos usuários, como: tendência a cumprir melhor o conselho dado, confiar menos em serviços de emergência, menor necessidade de internação e mais satisfação com o cuidado. Por outro lado, os profissionais tendem a economizar tempo de consulta, reduzir o uso de testes de laboratório e custos e aumento de cuidados preventivos²⁶.

Na dimensão “coordenação – cuidado integrado”, observam-se escores médios ruins atribuídos por preceptores e discentes (5,33 e 5,00, respectivamente). A principal fragilidade deve-se à falha na comunicação com outros serviços da rede assistencial por problemas na referência e contrarreferência. Em outras pesquisas, essa dimensão apresenta escores satisfatórios, e não se observam diferenças quando comparados com os de outros tipos de serviço^{18,19,21}. Pode-se inferir, nestes estudos, que a ausência de diferenças entre UBSF e UBSTRAD se deveu provavelmente à sua inserção num mesmo sistema de saúde municipal, sujeito às mesmas condições de relação entre os níveis de atenção. Segundo Ibañez *et al.*²⁰, a coordenação apresenta grande diferença entre perspectivas dos usuários e dos profissionais: estes avaliam tais dimensões muito bem (valor por volta dos 80%), ao passo que os usuários as avaliam negativamente, apenas em torno de 40% do total do escore possível. No entanto, Van Stralen *et al.*¹⁹ não verificaram grandes diferenças entre usuários e profissionais.

A Saúde da Família agudiza o debate no interior do SUS, demonstrando a fragilidade do processo de construção social da saúde, que tem avançado pontualmente mediante o modelo neoliberal racionalizador focalizado, com baixo custo, constituindo um pacote básico e excludente de assistência à saúde^{17,27}. Os caminhos traçados na resolução desta contradição resultarão ou no modelo baseado na racionalização da atenção para populações mais ou menos excluídas do processo de produção, ou na democratização, com qualidade nas práticas e no acesso.

Identifica-se que a ESF, de fato, evolui de um programa isolado para uma estratégia de reorientação do modelo assis-

tencial na rede pública, havendo concordância quanto à visibilidade de sua trajetória e efeitos positivos na saúde^{2,8}. No entanto, tais práticas permanecem marginais, sendo insuficientes para imprimir uma mudança no modelo assistencial. A manutenção e a difusão da ESF indicam maior potencialidade no sentido das transformações dentro do sistema público na reforma brasileira, ainda que cercada de um conjunto de contradições.

As UBSF não podem assegurar a responsabilidade global para a sua população sem o apoio de serviços especializados, organizações e instituições de referência. O papel de coordenação implica efetivamente transformar a pirâmide de cuidados primários em uma rede onde as relações entre a equipe de cuidados primários e as outras instituições e serviços não se baseiem apenas numa hierarquia de referência de cima para baixo ou de baixo para cima, mas na cooperação e coordenação²⁸. O baixo escore na presente pesquisa demonstra a distância a que a APS está de concretizar o seu papel de mediadora entre a comunidade e os diferentes níveis de atenção à saúde organizados em serviços de referência e contrarreferência.

Os serviços ofertados na UBSF são avaliados pelos atributos “serviços básicos disponíveis” e “serviços complementares disponíveis”. Na modalidade de “serviços básicos disponíveis”, na perspectiva dos profissionais, foram observados escores médios considerados bons, semelhantes aos demais estudos com participação dos profissionais^{18,19}. O atual estudo revela carência das ações básicas relacionadas a saúde bucal e aconselhamento nutricional nas UBSF de ensino da Ufal.

Já considerando o atributo “serviços complementares disponíveis”, observam-se valores médios de escores para preceptores e discentes (6,36 e 5,99) considerados ruins em contraposição a outras pesquisas realizadas^{18,19,20}. Segundo Van Stralen *et al.*¹⁹ e Ibañez *et al.*²⁰, os usuários não percebem grande diferença entre as UBSTRAD e UBSF. Entretanto, os profissionais de nível superior atribuem à saúde da família uma melhoria significativa do elenco de serviços ofertados^{19,20}. Entretanto, o presente estudo evidenciou a necessidade de aprimorar a estrutura e o processo para uma atenção qualificada à comunidade quanto aos cuidados no manejo das condições comuns e de grande impacto na saúde geral das famílias e da comunidade, tais como uso de drogas e identificação de problemas auditivos e visuais no idoso.

Quanto ao atributo “integralidade – ações de promoção e prevenção recebidas”, observa-se, por meio dos escores médios 8,26 (preceptores) e 6,96 (discentes), que está sendo executado pelos serviços de saúde, o que já demonstra maior aproximação entre as atividades médico-assistenciais e preventivas operando desta forma na mudança do modelo as-

sistencial vigente. Sendo assim, acumulam-se evidências que apontam a viabilidade de práticas mais abrangentes, alternativas ao modelo biomédico tradicional¹⁷. E, segundo Nogueira¹, para que haja uma mudança efetiva do modelo assistencial, é imprescindível um repensar contínuo da teoria, da prática e das ações de saúde.

Os atributos “orientação comunitária” e “orientação familiar”, que compõem o escore derivado da APS, foram valorizados como médias boas (Tabela 2). Comparando-se com outros estudos, percebe-se a semelhança dos escores encontrados e, além disto, com diferença significativa quando comparados aos das UBSTRAD^{18,19,21}. No entanto, pode-se verificar uma fragilidade nas respostas relativas às ações de estímulo ao controle social e ao desenvolvimento da autonomia do usuário.

Entre os principais dispositivos para o desenvolvimento da inclusão das famílias no cuidado e a compreensão da realidade local, destaca-se a visita domiciliar (VD), com 90% dos preceptores assinalando que “sempre” a realizam. Fica evidente a importância da VD para a assistência e o ensino, ao se perceber a potencialidade inovadora em virtude da aproximação entre as equipes e os diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias, contribuindo para uma abordagem ampliada do processo saúde-doença.

Assim, são desenvolvidas inovações tecnológicas de cuidado e maiores possibilidades de efetivação do trabalho em equipe para a constituição de uma rede substitutiva ao produzir novos modos de cuidar^{5,29}, modelo no qual há que se valorizar a subjetividade com criação de vínculo e corresponsabilização dos sujeitos, bem como a ativação de redes sociais voltadas à produção do cuidado em saúde nos vários contextos³⁰.

Para Rowan e MacLean³¹, é provável que o maior número de preceptores com escore satisfatório no desenvolvimento da APS, avaliados pelo *PCATool*, demonstre os benefícios para os estudantes de Medicina, que podem vivenciar mais aspectos da APS. Isto não isenta a inserção dos estudantes na APS nos diversos desafios, como: os diferentes tempos institucionais dos serviços e do ensino, questões estruturais da própria ESF e a insuficiente conversação entre esta e a instituição de ensino, comprometendo a integração ensino-serviço-comunidade³². A ausência de estudos que incluíssem a perspectiva do discente impossibilitou a comparação ampliada com outras realidades.

Todavia, o potencial da aproximação entre o estudante e a futura prática em seu processo de aprendizagem e o consequente desenvolvimento da competência profissional como médico encontram estruturação conceitual nas discussões da aprendizagem como um processo de construção ativa pelo aprendiz e na relevância da problematização do ensino como caminho para concretizar o processo de ensino-aprendizagem³³.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que o *PCAATool* pode ser usado para avaliar os níveis de cuidados de saúde primários prestados por preceptores, contribuindo como uma ferramenta na integração ensino-serviço. Seria útil ter tais valores de referência para preceptores em todo o Brasil por várias razões. A existência de padrões nacionais para as práticas dos preceptores permitiria que educadores e pesquisadores avaliassem a eficácia das intervenções educativas ao longo do tempo e fizessem ajustes quando necessário. Contribuiria também para a compreensão das políticas neste âmbito e a implementação de planos executivos e intervenções de ajuste.

A pesquisa das UBSF de ensino da Ufal, sob a avaliação dos profissionais médicos e discentes, apresentou escores médios satisfatórios para a presença e extensão dos atributos da APS de maneira a contribuir para uma formação médica adequada às necessidades de saúde da população.

Todos os serviços apresentavam aspectos dos atributos a serem aprimorados. “Acesso de primeiro contato – acessibilidade”, “coordenação do cuidado” e “serviços complementares disponíveis” obtiveram os menores escores médios, indicando a necessidade de investir na estrutura e no processo de atenção, com prioridade para a qualificação da APS no município, com apoio da universidade.

Estes problemas podem funcionar como meios para a aproximação e melhor integração ensino-serviço, servindo como temas norteadores das atividades a serem desenvolvidas em conjunto nas práticas de ensino da graduação e de educação permanente dos profissionais. De forma a ampliar os atores envolvidos, sugere-se a realização de novos estudos que contemplem a percepção dos usuários, por meio do *PCATool-Brasil*, de maneira a ampliar e complementar o estudo atual.

REFERÊNCIAS

- Nogueira MI. As Mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev Bras Educ Med* 2009;33(2):262–270.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
- Batista SHS. A interdisciplinaridade no ensino médico. *Rev Bras Educ Med* 2006;30(1):39–46.
- Feuerwerker L. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas, e as propostas do Ministério da Saúde. *Rev ABENO* 2003;3(1):24–27.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. [acesso em 16 de junho de 2012]. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislacao/>>.
- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.
- Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic Saúde Educ* 2005; 9(16):39–52.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966;44(3 Suppl):166–206.
- Universidade Federal de Alagoas. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Maceió; 2006.
- Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES n. 1133 de 07 de agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília; 2001.
- Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública* 2006;22(8):1649–1659.
- Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools to assess the medical home. *Managed Care* 2009;18(6):44–48.
- Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013;8(29):285–93.
- Guarda FRB, Tavares RAW, Da Silva RN. Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude* 2012;3(2):17–24.
- Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2008; 24(sup11):193–201.
- Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(sup11):7–27.
- Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária na rede básica no município de

- Curitiba. Curitiba; 2009. Mestrado [Dissertação] – Universidade Federal de Porto Alegre.
19. Stralen CJV, Belisário SA, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(supl1):148-58.
 20. Ibañez N et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11:683-703.
 21. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncanet BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(9):1772-1784.
 22. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004;53(12):974-80.
 23. Macinko J. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt* 2004; 19:303–317.
 24. Woodward CA, Abelsona J, Tedforda S, Hutchisona B. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine* 2004;58:177-192.
 25. Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Family Practice* 2010;27:171–178.
 26. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial da saúde 2008: cuidados de saúde primários – agora mais que nunca. Genebra: OMS; 2008.
 27. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2006;22(6):1171-1181.
 28. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
 29. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecno-assistencial. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(1):166-176.
 30. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009;25(5):1103-1112.
 31. Rowan MS, Maclean C. Upholding the principles of primary care in preceptors' practices. *Family Medicine* 2002;34(10):744-749.
 32. Costa JRB. Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes. *Rev Bras Educ Méd* 2012; 36(3):387–400.
 33. Batista NA, Batista SHSS. A prática como eixo da aprendizagem na graduação médica. In: Puccini RF, Sampaio LO, Batista NA (orgs.). *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social* [online]. São Paulo: Editora Unifesp; 2008. p.101-115.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Os autores participaram em todas as fases do desenvolvimento do presente trabalho, desde a elaboração, passando pela coleta e análise dos dados e na revisão da escrita.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Tiago Salessi Lins
Rua Marcelo Lins de Mendonça, 175 – apto 402
Aeroclubes – João Pessoa
CEP 58036-520 – PB
E-mail: tiagosal@yahoo.com.br

Reflexões sobre o Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Estado de Minas Gerais, Brasil

Reflections on the Teaching of Bioethics and Palliative Care across Medical Schools in the State of Minas Gerais, Brazil

José Ricardo de Oliveira^I
Amauri Carlos Ferreira^{II}
Nilton Alves de Rezende^I
Letícia Pereira de Castro^{III}

PALAVRAS-CHAVE

- Ética;
- Bioética;
- Cuidados Paliativos;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Ethics;
- Bioethics;
- Palliative Care;
- Medical Education.

RESUMO

Este artigo analisa a atual situação do ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Estado de Minas Gerais, Brasil. O ensino de cuidados paliativos na graduação é importante para se compreender a relação escola-médico-equipe interdisciplinar de assistência à saúde no que diz respeito à terminalidade da vida humana. O estudo exploratório de caso e de natureza qualitativa utilizou três instrumentos operacionais: questionário, entrevista e documento informatizado. Foram estudadas 28 escolas médicas para se verificar como é realizado o ensino de bioética e cuidados paliativos. Foi também aplicado questionário a professores para avaliar o ensino desta temática, além de trabalho de campo, com aplicação de questionário estruturado a um grupo de alunos, em duas destas escolas, para aprofundamento do estudo, em dois momentos distintos da formação dos alunos, o que permitiu uma discussão crítica e transversal da formação acadêmica. Os resultados mostraram que o conhecimento de bioética com ênfase em cuidados paliativos e com a formação de médicos que atendam às necessidades emergentes desta área da saúde não está suficientemente contemplado nas escolas médicas do Estado de Minas Gerais, assim como não se observa uma correlação entre o ensino de bioética e o ensino de cuidados paliativos. Propõe-se uma reflexão e uma ação programática para a formação docente e subsequente inserção curricular específica e de caráter longitudinal do ensino de bioética e cuidados paliativos nos cursos de graduação das escolas médicas de Minas Gerais.

ABSTRACT

This paper reviews the current status of the teaching of bioethics and palliative care in medical schools across the state of Minas Gerais, Brazil. The teaching of palliative care in the state's medical courses is paramount to students' understanding of the medicine-physician-interdisciplinary healthcare team's handling of the terminal nature of human life. A case study of a qualitative nature was employed in order to analyze 28 medical schools registered by the Ministry of Education and Culture, with structured interviews conducted in the aim of identifying how palliative care is taught across the medical courses. Field work was therefore conducted via these structured interviews held with students in two medical schools. Thereafter, students in their final year of the medical course and on hospital-school internships in two medical schools were interviewed. The results show that those responsible for the curricula are unconcerned about knowledge dissemination in bioethics, with their focus instead on palliative care and on the training of physicians to provide support to emergent needs in this field of science. Considering the lack of concern over the teaching of bioethics with a focus on palliative care in the medical schools' formal curricula, we propose a reflection and programmatic action on the training of teachers in this field of knowledge, as well as the insertion of palliative care teaching into the schools' degree curricula.

Recebido em: 28/06/2015

Reencaminhado em: 17/12/2015

Aprovado em: 18/01/2016

^I Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

^{II} Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

^{III} Hospital Municipal de São José dos Campos, São José dos Campos, SP Brasil.

INTRODUÇÃO

*A pergunta que se faz é: como cuidar dessas pessoas que estudam em salas de anatomia onde jazem cadáveres desconhecidos, mutilam pequenos animais em laboratórios de fisiologia, veem corpos vivos sendo abertos em centros cirúrgicos, observam a dor e a tristeza fechados em hospitais e frequentam toda sorte de ambientes onde o sofrimento humano chega ao limite suportável para a vida?*¹ (p. 159)

A assistência aos pacientes portadores de doenças terminais estabelece uma relação de cuidado entre os membros da equipe interdisciplinar de saúde e pacientes, familiares e cuidadores. Mas qual é o papel desempenhado por essas pessoas durante o processo do morrer e da morte?

A formação e a capacitação do futuro médico nos aspectos ético, bioético e paliativista, que visam garantir sua excelência profissional, são importantes no cenário da atenção aos pacientes com doenças em fase terminal. Neste sentido, esta pesquisa contempla a tríade escola de medicina-médico-equipe interdisciplinar de assistência à saúde. Entretanto, os responsáveis pela elaboração dos currículos nas escolas de Medicina não estão muito preocupados, ao que parece, com a formação de profissionais que atendam às necessidades emergentes do campo da bioética com ênfase em cuidados paliativos (CP).

Este aspecto é relevante se for considerado que o Brasil está em processo de transição demográfica e epidemiológica. O País está passando para a fase de predominância das doenças crônico-degenerativas, em que existe limitação para as atividades de vida diária e intensificação de cuidados que, muitas vezes, ao contrário do que se espera, comprometem a qualidade de morte. Em 2006, faleceram 1.031.691 pessoas no Brasil². Apenas os óbitos decorrentes de doenças de evolução crônica ou degenerativa e neoplasias corresponderam ao montante de mais de 725 mil brasileiros², com possibilidade de intenso sofrimento e alto custo financeiro em decorrência da falta de formação, educação continuada e recursos humanos direcionados ao CP.

Nos países desenvolvidos, a tendência é reduzir as internações hospitalares e incentivar o acompanhamento do paciente no domicílio. Também no Brasil o modelo de atenção domiciliar deverá adquirir importância estratégica, tanto na saúde pública como na saúde suplementar. Portanto, é necessário investir na formação de recursos humanos e difundir os conhecimentos demográficos e epidemiológicos da população brasileira para divulgar o melhor grau das opções assistenciais ao final da vida^{3,4}.

Desde a segunda metade do século XX, ocorre a reflexão-ação bioética e a prática na atenção a pacientes com doença avançada e terminal, e o CP emerge como entidade assistencial em alguns países. O processo do morrer com dignidade, a questão da bioética e do CP e a prática de trabalho em equipe interdisciplinar de saúde revigoram a tendência do ensino curricular de bioética e de CP nas escolas médicas (EM) internacionais, marcado com o conceito de doença e de sua “cura anatômica” como principal função do médico. Neste aspecto, “[...] o tema levanta questões sobre o sentido da vida, o objetivo do tratamento médico, o direito da pessoa para determinar quando o tratamento e a sua vida devem terminar.”⁵ (p. 127, tradução livre).

Esta reflexão parte do pressuposto vivenciado pelos autores de que é preciso implantar o ensino de CP nas EM para melhor atuação interdisciplinar e o cuidado do paciente portador de doença avançada e terminal. Baseia-se no *corpus* teórico de filósofos, bioeticistas, sociólogos, pesquisadores de CP e de educação médica. Esta pesquisa privilegia dois campos do conhecimento: o da bioética e o do CP.

Há rica literatura e práxis, sedimentada internacionalmente, sobre a bioética e o CP. Entretanto, no Brasil, convive-se com dilemas éticos relativos ao tema, tanto no modelo do ensino médico, quanto na qualidade de assistência ao processo de morrer com dignidade⁶. Mas o relato provocativo de que “Não existe ensino de cuidados paliativos no Brasil. Os médicos brasileiros não são treinados para lidar com pacientes portadores de doenças terminais.”⁷ (p. 19, tradução livre) enfatiza o olhar pedagógico descompromissado das EM sobre esta questão⁸. Essa realidade do ensino de CP nas EM coincide com os dados de trabalhos no campo da assistência deficitária de CP oncológicos no Brasil^{3,4}. O estudo intitulado “A Qualidade da Morte” mostra que, em um *ranking* de 40 países, no quesito “assistência na fase final de vida”, o Brasil ocupa o 38º lugar, ficando à frente apenas de Uganda (39º) e da Índia (40º)⁹.

O objetivo geral deste estudo foi analisar os currículos das EM do Estado de Minas Gerais (EMMG), com a finalidade de verificar como está sendo aplicado o ensino de CP na graduação.

Na tentativa de entender e responder a esses questionamentos, o texto foi estruturado em três seções: análise do ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas; discurso programático; reflexões e conclusões.

ENSINO DE BIOÉTICA E CUIDADOS PALIATIVOS NAS EMMG: METODOLOGIA

Para verificar como se encontra o ensino de bioética e CP nas EMMG, foi realizado um estudo exploratório de caso e de natureza qualitativa, que utilizou o trabalho de campo e três ins-

trumentos operacionais: questionário estruturado, entrevista e documento informatizado. O projeto foi divulgado por meio de reuniões com a coordenação de quatro cursos de Medicina localizados na cidade de Belo Horizonte e do envio de documentação em formato eletrônico às demais escolas.

Em 2011, o Estado de Minas Gerais ocupava o segundo lugar no Brasil em número de EM e vagas para o primeiro ano do curso médico, totalizando 32 faculdades e 2.750 vagas^{10,11}. Dessas escolas, 11 (34%) são escolas públicas e 21 (66%) escolas privadas. Essa distribuição condiz com o que se observou no restante do Brasil, onde 44% são escolas públicas e 56% escolas privadas¹⁰.

Para a pesquisa, foi utilizado um questionário híbrido da tipologia de escolas médicas e da dimensão ética do processo de formação, de acordo com Lampert¹² e Finkler¹³. Já a abordagem de bioética e CP foi acrescida junto ao questionário de Finkler¹³.

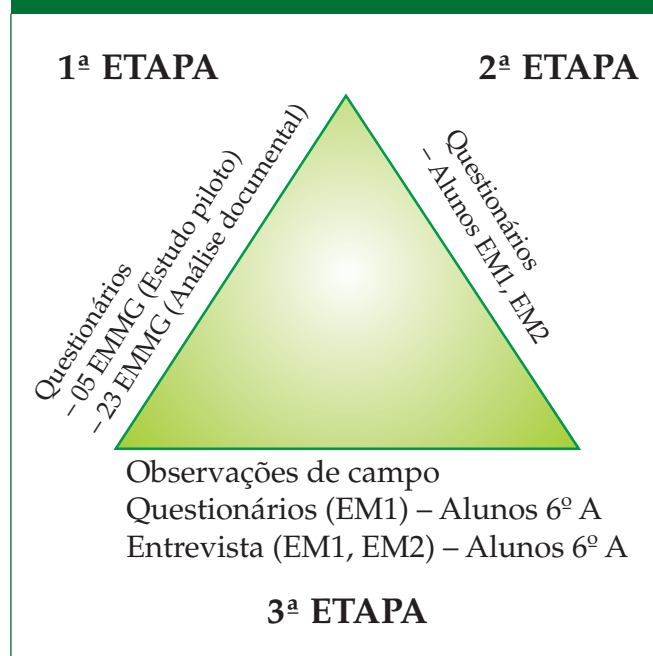
O trabalho foi desenvolvido em três etapas (Figura 1):

- Primeira etapa: a amostra foi composta por 32 EMMG autorizadas pelo MEC¹¹. Quatro escolas foram excluídas: uma em decorrência de seu fechamento, e outras três por terem sido criadas em datas posteriores ao início da pesquisa. Das 28 EM, seis foram selecionadas para o estudo piloto, utilizando critérios intencionais por possuírem registros curriculares do objeto de pesquisa. Uma escola não consentiu em participar, ficando a amostra constituída de cinco escolas (denominadas EM1 a EM5) para este estudo piloto;
- Segunda etapa: trabalho de campo com visitas técnicas e aplicação de questionário estruturado aos alunos, em duas EMMG (EM1 e EM2), sem e com ensino curricular de bioética e CP, respectivamente;
- Terceira etapa: trabalho de campo, com visitas técnicas e realização de entrevistas com um grupo de alunos que cursava o último ano e internato no Hospital-Escola (HE), em duas EMMG (EM1 e EM2).

Portanto, os questionários foram aplicados em três etapas. Na primeira, foi aplicado um questionário estruturado a cinco EM. Ao final dessa etapa, foram consultadas as demais 23 EMMG, com a aplicação eletrônica do questionário estruturado de pesquisa, mas elas não responderam à enquete. Na segunda e terceira etapas, a pesquisa de campo se desdobrou em entrevistas, anotações no caderno de campo, análise documental e aplicação de questionário estruturado a um grupo de alunos de graduação de duas dessas 28 EMMG, para subsidiar uma discussão crítica e longitudinal em relação ao ensino acadêmico de CP.

Podem-se identificar, nesta pesquisa, pelo menos dois pontos de estrangulamento e limitações. Um dos objetivos era atingir o universo de 28 EM em Minas Gerais. Todavia, não foi possível obter o resultado esperado. Cinco EM responderam aos questionários. Os demais dados, referentes às matrizes curriculares, foram coletados em rede informatizada. É também possível que haja limitações conceituais e escassez de marcos teóricos, apesar da referência de autores balizados que contribuíram na interpretação e análise dos dados.

FIGURA 1
Fluxograma das três etapas metodológicas (coleta de dados)



Fonte: Dados da pesquisa.

ANÁLISE DE QUESTIONÁRIOS APLICADOS ÀS EMMG E DADOS DOCUMENTAIS

A EM1 possui tipologia tradicional no enfoque teórico, atividades de ética e de bioética pontuais e nenhuma abordagem pedagógica em CP. A EM2 e a EM3 possuem tipologia inovadora no enfoque teórico e disciplinas ou estratégias educacionais curriculares direcionadas para ética, bioética e CP. A EM4 foi considerada de tipologia tradicional quanto ao enfoque teórico, mas apresentava abordagem pedagógica em CP. As EM possuíam disciplinas de ética em níveis diferentes (Quadro 1).

QUADRO 1

Respostas dos questionários aplicados aos professores de cinco escolas médicas de Minas Gerais

Categorias/Unidades temáticas		Tradicional	Inovadora	Avançada	Não respondeu (¹)
Abordagem em Ética e Bioética	Concepção de ética	..	EM1	EM2, EM3, EM5	EM4
	Ética docente	..	EM4	EM2, EM3, EM5	EM1
	Inserção da Ética na matriz curricular	..	EM1, EM3, EM4	EM2, EM5	..
	Disciplinas de Ética	EM1	EM4, EM5	EM2, EM3	
	Formação docente	..	EM1, EM2, EM3, EM5	..	EM4
	Referenciais teóricos em Bioética	..	EM1	EM2, EM3, EM4, EM5	..
Abordagem em Cuidados Paliativos	Concepção	EM4	..	EM2, EM3, EM5	EM1
	Inserção curricular	..	EM1, EM2, EM3, EM4	EM5	..
	Disciplina	EM4, EM5	EM2, EM3	..	EM1
	Formação docente	EM2	EM4, EM5	EM3	EM1
	Referenciais teóricos	EM1	EM3, EM5	EM2	EM4
	Barreiras	EM1, EM4	EM2, EM3, EM5

(¹) Não respondeu = não disponibilizou o dado.

Fonte: Dados da pesquisa.

Em síntese, os estudos brasileiros, publicados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, mostram que o espaço curricular para o ensino da ética médica permanece desorganizado e com variedade de programas e que a inserção de bioética nas EM foi tardia em relação à ética médica^{14,15}. Observa-se ainda a pequena carga horária destinada ao ensino de ética (inferior a 1% da carga horária integral), o reduzido número de docentes com formação em bioética, além do conteúdo oferecido em discussões teóricas nos anos intermediários da graduação e a inserção não longitudinal, como seria o ideal¹⁴⁻¹⁷.

Com o objetivo de conhecer a importância atribuída às disciplinas de Ética Médica, Bioética e Cuidados Paliativos na graduação médica, a carga horária (CH) e a localização semestral e anual, foram analisados os dados obtidos nos sítios eletrônicos^{10,11} das 28 EM distribuídas por regiões geoeconômicas do Estado de Minas Gerais. Os registros dessas EM foram estudados utilizando-se a metodologia de revisão integrativa, com as palavras-chave: ética médica, bioética, deontologia, medicina legal e CP, para se conhecer a realidade do ensino de ética no curso de graduação em Medicina.

A maioria das informações era concisa quanto à metodologia aplicada, mas algumas informações não eram claras devido à ampla terminologia curricular, e não se teve acesso às ementas dessas disciplinas. Assim, uma parte da análise baseou-se na grade curricular, o que pode ter ocasionado interpretação incorreta dos dados coletados.

A análise documental do ensino de Ética nas 28 EMMG (Tabela 1) mostrou que estas escolas possuem a disciplina de Ética

TABELA 1
Sinopse do ensino de ética nas escolas médicas de Minas Gerais

Disciplina	Nº de escolas médicas
Bioética; Introdução à Bioética; Ética e Bioética; Medicina Legal/Bioética	13
Deontologia; Deontologia Médica; Medicina Legal e Deontologia; Medicina Legal e Deontologia Médica; Desenvolvimento Pessoal II (Deontologia Médica)	6
Ontoética: Ética e Moral; Ética; Ética e Bioética; Ética e Espiritualidade; Ética e Bioética I, II, III; Ética e Humanismo I, II, III; Ética Médica; Ética no Início da Vida; Ética, Bioética e Saúde Pública; Introdução à Ética Médica; Filosofia: Antropologia e Ética; Psicologia Médica e Ética; Antropologia e Sociologia Aplicada à Saúde; Antropologia Médica; Antropologia Social	15
Medicina Legal; Medicina Legal e Deontologia; Medicina Legal e Deontologia Médica; Medicina Legal I; Medicina Legal/Bioética; Medicina Legal/Ética Médica I, II; Atenção à Saúde VII (Medicina Legal)	14
Psicologia Geral; Psicologia I, II; Psicologia Médica; Psicologia Médica I, II; Psicologia Médica Aplicada; Psicologia Médica e Ética; Psicologia Médica; Abordagem Inicial do Paciente; Bases Psicossociais da Prática Médica	17
Tanatologia e Cuidados Paliativos I, II, III	1

Fonte: Dados da pesquisa.

QUADRO 2
Respostas dos questionários aplicados aos alunos do sexto ano e professor da Escola Médica 1

Categorias/Unidades temáticas		Característica da EM (número de alunos)	Professor
Enfoque teórico	Enfoque teórico	Tradicional (0) Inovadora (4) Avançada (1)	Inovadora
Abordagem pedagógica	Estrutura curricular	Tradicional (4) Inovadora (1) Avançada (0)	Tradicional
Abordagem em Ética e Bioética	Disciplinas de Ética	Ética Legal (5) Ética Legal/Bioética (0)	Ética Legal
Abordagem em Cuidados Paliativos	Referenciais teóricos em Bioética	Bioética Clínica (5)	Bioética Clínica
	Concepção e disciplina de Cuidados Paliativos	Bioética (0) Bioética/ CP (0) Cuidados Paliativos (0)	Não possui departamento universitário e/ou corpo docente especializado em Medicina Paliativa

Fonte: Dados da pesquisa.

e/ou conteúdo correlato em outras disciplinas curriculares, com níveis e abordagens diversos. Anteriormente, Ribeiro e Julio¹⁸ analisaram 18 matrizes curriculares de 26 EMMG, tendo encontrado resultado menos otimista: seis não possuíam disciplina específica sobre ética, bioética, deontologia ou responsabilidade civil. Dos 12 cursos restantes, nove oferecem a disciplina Ética, oito a disciplina Bioética, e apenas três a disciplina Deontologia¹⁸.

A análise comparativa dos dois estudos demonstra que houve mudanças num intervalo de quatro anos do ensino da ética nas EMMG. A disciplina Ética aparece com nomes consagrados, como Deontologia Médica, Medicina Legal, Ética Médica, e outros inovadores, como Antropologia e Ética, Psicologia Médica e Ética, Filosofia e Ética, Ética e Espiritualidade, Ética e Humanismo, Ética do Início da Vida, Ética e Bioética, e neologismos, como Ontoética. Já a disciplina Bioética é oferecida por 13 EMMG, correspondendo a 46,5% das EM pesquisadas, mas a carga horária é reduzida (na faixa de 20 a 40 horas), e o conteúdo é introduzido nos anos iniciais e intermediários de graduação. Uma EM possui disciplina de Cuidados Paliativos.

As disposições curriculares das EMMG, com ênfase em bioética e em CP, foram bem variadas, tanto na análise dos dados primários coletados (respostas aos questionários), quanto na análise dos dados secundários (registros eletrônicos de matrizes curriculares). Há algumas interrogações: se a Bioética deve ser uma nova disciplina ou mesmo substituir a disciplina Ética Médica e se pode prescindir da criação de disciplinas formais nessas áreas do conhecimento^{19,20}. Rego²⁰ diz que estamos longe de possuir docente competente, tanto no domínio da bioética, quanto de seu papel no processo de desenvolvi-

mento moral de alunos, o que não permite a implantação de mudanças no ensino curricular e transversal de bioética.

ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS E ENTREVISTAS DA EM1

Os alunos do sexto ano avaliaram a EM1 como tradicional e inovadora, enquanto o professor a qualificou como inovadora no enfoque teórico. Há discordância entre os alunos e o professor na abordagem pedagógica e na estrutura curricular, apontadas como de grau inovador pelos discentes e de grau tradicional pelo docente. A análise apresentou resultados equilibrados (alunos e professor) nas abordagens de ética e bioética, com a referência da disciplina Medicina Legal e abordagem de bioética. Ela não possui disciplina de CP (Quadro 2).

A seguir, extraímos alguns depoimentos obtidos dos questionários aplicados na EM1 para ilustrar a pertinência da reflexão do professor e dos estudantes sobre os seus processos de aquisição e construção do conhecimento científico.

A dicotomia curricular entre o ciclo básico e o ciclo clínico dificulta o aprendizado de forma crescente ou espiralar, como se percebe:

Há uma dicotomia entre o ciclo básico e o profissionalizante, organizado em disciplinas modulares específicas. (professor)

A proposta pedagógica do curso aproxima-se da alternativa referente ao currículo integrado. Entretanto, existe delimitação dos ciclos básico e profissionalizante, e as matérias modulares nem sempre alcançam o inter-relacionamento ao qual se propõem. (aluna)

Ciclo básico muito descontextualizado. Não há correlação com a prática médica no ciclo básico. (aluna)

O professor da EM1 afirma que as mudanças curriculares e a implementação de práticas integrativas estão em pauta na perspectiva de reduzir as distâncias entre os segmentos polares do ensino e da aprendizagem.

As dificuldades encontradas pelos professores e suas consequências para os estudantes no ensino-aprendizagem de ética e de bioética podem ser vistas nos depoimentos dessas estudantes:

Não há referenciais teóricos em abordagem ou estudo aprofundado, embora se discutam problemáticas de saúde e prática profissional em sua interface com a ética. (aluna)

Alguns temas sobre ética e bioética foram discutidos durante a disciplina Tutoria (quinto período) de acordo com a demanda dos alunos. Foi uma abordagem reflexiva, sem enfatizar referenciais teóricos ou seguindo roteiro prévio. (aluna)

A formação do corpo docente relativa aos temas de ética e bioética mereceu comentários de alunas do terceiro ano preocupadas com uma formação profissional humanista, crítica e reflexiva, justificada em princípios éticos, legais e bioéticos²¹.

Alguns professores abordam os referenciais bioéticos, desenvolvem reflexões e discutem problemas, porém eles são minoria. (aluna)

As discussões são superficiais, muitas vezes apenas para explicar o porquê de se adotar ou não uma dada prática diante do paciente. "Não seria ético falar isso" na frente do paciente. (aluna)

Continuando a coleta de dados (terceira etapa), uma entrevista estruturada foi aplicada a um grupo de cinco alunos da EM1 que cursavam o sexto ano (11^o e 12^o períodos), especificamente do internato de Clínica Médica no HE, objetivando responder às seguintes perguntas: O curso de Medicina da EM1 possui, na grade curricular, a disciplina de Bioética e Cuidados Paliativos? Além do conteúdo teórico desenvolvido em sala de aula de outras disciplinas, você observa que os princípios bioéticos também são aplicados na prática do HE? Você já presenciou situações em que o professor ou médico-residente discute esse tema diante de um paciente em fase terminal de doença?

A seguir, citam-se os depoimentos de alunos do sexto ano da EM1 sobre estas questões:

Apesar de não apresentar na grade curricular disciplina específica de Bioética e Cuidados Paliativos, o curso de Medicina possibilita refletir, por diversas vezes, sobre esse assunto, principalmente em seu ciclo clínico. Acompanhar discussão de caso com os serviços de Clínica Médica, Oncologia e Clínica de Dor aumentou ainda mais tal possibilidade. (aluna)

O HE é um hospital de alta complexidade e referência para Oncologia, ocorrendo grandes discussões sobre os pacientes com doenças graves. (aluno)

Os relatos mostram que a ausência curricular de Bioética e Cuidados Paliativos não dificultou a reflexão bioética frente ao paciente com doença avançada. Mas uma discussão de caso não envolve necessariamente uma reflexão bioética. Pode ser meramente uma discussão baseada em fatos, não focando a análise e reflexão de valores morais. A lacuna curricular é suprida, em parte, pelo trabalho da equipe de Cuidados Paliativos no HE, difundindo o conhecimento e a reflexão neste campo emergente da prática médica.

No depoimento de alunos entrevistados com o ensino-aprendizagem médico internacional^{22,23}, há correlação quanto às questões relativas à abordagem pedagógica sobre CP. Um aluno sugere a inserção da disciplina sobre CP no currículo da EM1.

O princípio bioético é aplicado ou não é aplicado de acordo com o conhecimento do professor e/ou médico-residente ou a importância que ele dá à bioética. (aluno)

Os pacientes do HE têm um perfil de doenças mais raras e, muitas vezes, evoluem rapidamente para os cuidados paliativos, o que nos propicia, diariamente, presenciar essas situações. (aluna)

Depende do professor e/ou do médico-residente. Eu vejo que o ensino dessas áreas é muito restrito e já presenciei, várias vezes, situações tanto de posturas éticas quanto de total desrespeito para com o paciente. (aluna)

[...] mas acredito que se deveriam formalizar as disciplinas curriculares (Bioética e Cuidados Paliativos). (aluno)

ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS E ENTREVISTAS DA EM2

No enfoque teórico, os alunos avaliaram a EM2 como tradicional e inovadora, e o professor a qualificou como inovadora. Já na abordagem pedagógica e estrutura curricular, há discordância, pois foi apontada como inovadora pelos alunos e tradicional pelo professor. A análise apresentou resultados equilibrados entre as abordagens de ética, bioética e CP (Quadro 3).

QUADRO 3

Respostas dos questionários aplicados aos alunos do sexto ano e professor da Escola Médica 2

Categorias e unidades temáticas		Tipologia da FM / (nº de alunos)	Professor
Enfoque teórico	Enfoque teórico	Tradicional (2) Inovadora (3) Avançada (0)	Inovadora
Abordagem pedagógica	Estrutura curricular	Tradicional (1) Inovadora (4) Avançada (0)	Tradicional
	Conteúdos	Tradicional (0) Inovadora (2) Avançada (3)	Avançada (disciplina humanística e capacitação docente)
Abordagem em Ética e Bioética	Disciplinas de Ética	Ética Legal (0) Ética Legal/ Bioética (2) Bioética/ transversal (2) Nula (1)	Ética Legal Bioética: disciplina e transversal
Abordagem em Cuidados Paliativos	Referenciais teóricos em Bioética	Nula (1) Bioética Clínica (4)	Bioética Clínica
	Concepção e disciplina de Cuidados Paliativos	Nula (1) Bioética (0) Bioética/CP (1) CP/transversal (3)	Possui disciplinas de Tanatologia e Cuidados Paliativos

Nota: Resposta "Nula" refere-se a "Não respondeu" (não disponibilizou o dado).
Fonte: Dados da pesquisa.

Continuando a coleta de dados (terceira etapa), quatro alunos foram novamente entrevistados durante o internato hospitalar, com as seguintes perguntas: Além do conteúdo teórico desenvolvido em sala de aula, você observa que os princípios bioéticos também são aplicados na prática do HE? Você já presenciou situações em que o professor médico-residente discute esse tema diante de um paciente em fase terminal de doença?

Alguns depoimentos extraídos das respostas dos alunos da EM2 ilustram a reflexão de estudantes sobre seus processos de aquisição e prática do conhecimento de CP:

Durante a graduação, muitos professores abordaram este tema em sala de aula, com a finalidade de nos tornarmos profissionais mais humanizados, buscando sempre prevenir e aliviar o sofrimento dos pacientes com doença progressiva e irreversível, promovendo sua melhor qualidade de vida e de sua família. Porém, durante a prática médica na enfermaria do HE, tais princípios não são discutidos com a mesma intensidade diante da doença de cada paciente, como ocorria em sala de aula. (aluna)

Mas essa discussão [sobre a qualidade de vida dos pacientes terminais] não é levada como cuidados paliativos. Muitas vezes, parece que cuidado paliativo é uma especialidade da Medicina, que tem que ser estudada para ser aplicada, e não uma área médica que naturalmente está incluída no dia a dia da enfermaria. (aluna)

Ayres²⁴ comenta as diferenças entre o currículo formal e as experiências clínicas em campo nos estágios no HE. O autor adverte que, além de haver a disciplina Medicina e Humanidades Médicas, é preciso "[...] interferir na cultura institucional do Hospital das Clínicas e nos demais serviços em que ocorre aprendizado, de modo a que eles (*alunos*) percebam a busca do cuidado como um valor compartilhado."²⁴ (p. 141).

A análise comparativa dos resultados de questionários aplicados aos alunos do último ano do curso médico de EM1 e EM2 mostrou uma aparente semelhança. Mas foi apenas um equilíbrio aparente, o que está de acordo com os dados secundários de autores que foram introduzidos na construção do objeto e na triangulação metodológica deste estudo. Por isso, foi necessário entrevistar em profundidade os alunos, em especial aqueles da EM1, sobre a formação curricular e a vivência à beira do leito frente às questões éticas da terminalidade da vida humana. Estas entrevistas comprovam a necessidade de uma formação direcionada para essa temática.

A fundamentação de um modelo teórico e prático do ensino de bioética e de CP necessita de reflexão, além de se discutir nas EMMG o preparo do docente no tocante a sua formação e competência em bioética e em CP.

DISCURSO PROGRAMÁTICO

O campo das humanidades visto na Sociologia Médica^{24,25,26} deveria estar presente de forma longitudinal na formação do futuro médico, de forma humanista, crítica e reflexiva, para contribuir na formação sociológica e antropológica do médico, "[...] como condição para um entendimento do homem; não só do homem doente, mas das circunstâncias que envolvem o adoecimento."²⁶ (p. 13). O treinamento de algumas habilidades e atitudes, como empatia, reflexão ética e bioética, comunicação e deliberação, deveria inserir-se no currículo das EM e contribuir para a formação qualificada dos futuros profissionais, tanto na competência técnica como na competência humanística. A respeito do ensino de humanidades médicas, há necessidade de ampliar os existentes, inserir outros e valorizar todos, abrindo frestas para a implantação efetiva de CP no contexto teórico e prático das EM.

A atitude do homem diante do processo do morrer e da morte, na contemporaneidade, não será equacionada, consi-

derando o aspecto curricular vigente na maioria das EM, que objetiva a cura anatômica das doenças. De certa forma, o paradigma hegemônico do modelo de ensino médico (tipologia tradicional) – demarcado pela estrutura curricular fracionada de ensino-aprendizagem em aulas teóricas expositivas, práticas demonstrativas com grupo grande de alunos e um método clínico que não considera a individualidade do sujeito – constitui uma barreira à mobilização de docentes e discentes frente à complexa educação do viver e do morrer.

Há questões coexistentes ao ensino de farmacologia e dos opioides. É fato que a farmacologia é ministrada no ciclo básico do curso médico, distante do enfoque voltado para a prática médica atual. É necessário informar os alunos sobre a estatística de consumo *per capita* de opioides como um indicador de qualidade de saúde pública mundial e a restrição paradoxal no Brasil.

Para a formação do futuro médico, é essencial desenvolver habilidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais contextualizadas à prática médica atual. O cuidado – cuidar do outro – no campo da saúde é um dos pressupostos da dignidade humana.

No processo do morrer e da morte, o sujeito precisa de solidariedade e de reconhecimento de sua dignidade, e não viver preso a máquinas, fios e tubos, longe do contato humano^{8,27}. Todavia, para que não ocorra esse encarceramento quase mecânico do paciente, é necessário que o ensino médico se volte também para despertar a sensibilidade de educadores e estudantes, “[...] para o cuidado do paciente terminal, buscando uma formação interdisciplinar dos médicos.”⁸ (p. 288). A interdisciplinaridade no campo de humanidades médicas, integrando as disciplinas ou módulos curriculares, mobilizaria a capacitação docente para outras áreas do conhecimento, o que tornaria a prática pedagógica mais apta a integrar o discurso interdisciplinar sobre o desenvolvimento humano (ciclos de vida).

Entretanto, docentes da USP afirmam que “[...] o ensino de temas das áreas humanas para a construção da identidade e atitude médica, aqui e em vários lugares no mundo, é tarefa difícil que, somada a problemas estruturais, encontra resistências em alunos e professores.”²⁵ (p. 113). A avaliação do ambiente de ensino poderia identificar aspectos da educação médica e necessidades curriculares que, se investigados, possibilitariam verificar os pontos de resistência às mudanças e propor medidas para superá-los²⁸.

REFLEXÕES E CONCLUSÕES

Como problemática, foram identificadas questões como: desinteresse de professores da área médica em introduzir a

disciplina de Cuidados Paliativos na grade curricular; falta de evidência nas propostas pedagógicas, implantando disciplina sobre a temática do cuidado com paciente portador de doença terminal, quando esses educadores almejam mudanças curriculares. É possível que o motivo do desinteresse e da falta de evidência para inserir esta disciplina nos currículos das EMMG esteja ligado a certo temor desses profissionais de enfrentarem a dramática questão da terminalidade da vida humana.

Os resultados mostraram que os professores, responsáveis pela elaboração dos currículos, não se preocupam com a disseminação do conhecimento nas áreas de bioética com ênfase em CP, com a formação de médicos que atendam às necessidades emergentes desta área da ciência e com a articulação entre ensino de bioética e CP.

A discussão de temas relacionados à bioética e ao CP por parte do corpo de professores do HE poderia modificar o comportamento dos médicos, tornando-os aptos a lidar com o paciente com doença avançada e terminal. Logo, a educação formal (disciplinas) e a informal (ligas acadêmicas), a esse respeito, podem implementar nos alunos habilidades e atitudes éticas, perspicácia, prudência, virtude, desde o início da graduação.

O processo de integração de Ética Médica, Bioética e Deontologia Médica encontra-se em expansão curricular na graduação das EM do Brasil. Também houve mudanças em Minas Gerais. As competências em bioética são complexas e necessárias à formação do futuro médico para terem, ainda, tão reduzido espaço no currículo formal. Com carência ainda maior, constata-se uma ausência da disciplina, obrigatória ou optativa, de Cuidados Paliativos nas EMMG, tendo como pré-requisito a disciplina de Bioética.

É necessária a inserção do CP nos cursos de Medicina, seja no formato de disciplina específica, em curto prazo, seja por meio de um ensino longitudinal, em longo prazo, quando poderá ser discutido durante a graduação, em outra disciplina ou módulo curricular. Esta inserção acadêmica, assim como da Bioética, é fundamental à consolidação do CP nas EMMG e, possivelmente, à regionalização, nas EM do Brasil.

A unicidade do tema demanda outros trabalhos acadêmicos e maior participação da sociedade à qual o cuidado é direcionado. A sociedade laica pode e deve participar desta discussão. Da mesma forma, a divulgação midiática deste tema deve mobilizar uma reflexão crítica da comunidade acadêmica e promover uma abertura na agenda dos profissionais, gestores e professores responsáveis pela elaboração curricular e pelo projeto político-pedagógico nas EMMG e do Brasil, para se discutir e efetivar a inserção de cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

1. Antonello ICF. Cuidando de cuidadores em formação nas faculdades de medicina. *Revista Bioética* 2006;14(2):159-62.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [online]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2012.
3. Wagner D. Estado da arte dos cuidados paliativos oncológicos: retrato da assistência no município de Juiz de Fora. Juiz de Fora; 2013. 175f. Mestrado [Dissertação] – Universidade Federal de Juiz de Fora.
4. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saúde Pública* 2006;22(10):2055-66.
5. Garrett TM, Baillie HW, Garrett RM. *Health care ethics: principles and problems*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall; 1989. 271p.
6. Oliveira JR, Amaral CFS, Ferreira AC, Grossi YS, Rezende NA. Percepção bioética sobre a dignidade no processo de morrer. *Revista Bioética* 2009;17(1):77-94.
7. Pinheiro T, Blasco P, Benedetto MA, Levites M, Giglio AD, Monaco C. Teaching palliative care in a free clinic: a Brazilian experience. In: Chang E, Johnson A. *Contemporary and innovative practice in palliative care*. Croatia: InTech; 2012. 302p. Disponível em: <http://cdn.intechopen.com/pdfs/27611/InTech-Teaching_palliative_care_in_a_free_clinic_a_Brazilian_experience.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2015.
8. Oliveira JR, Ferreira AC, Rezende NA. Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. *Rev Bras Educ Med* 2013; 37(2):285-90.
9. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. O Congresso: Notícias, IV Congresso Internacional de Cuidados Paliativos, 6-9 out. 2010, São Paulo: ANCP, 25 jul. 2010. [13 telas]. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/congresso/noticias/tag/the-economist/>>. Acesso em: 18 jan. 2013.
10. Nassif ACN. *Escolas Médicas do Brasil*. São Paulo: Nassif; 2014. Disponível em: <<http://www.escolasmedicas.com.br/estat.php>>. Acesso em: 19 dez. 2014.
11. Brasil. Ministério da Educação. Sistema e-MEC. Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados. Brasília: MEC; 2014. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 23 jan. 2014.
12. Lampert JB. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil*. São Paulo: HUCITEC; 2002. 283p.
13. Finkler M. *Formação ética em Odontologia: realidades e desafios*. Florianópolis, 2009. Doutorado [Tese] – Universidade Federal de Santa Catarina.
14. Muñoz D, Muñoz DR. O ensino da ética nas Faculdades de Medicina do Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2003;27(2):114-24.
15. Dantas F, Sousa EG. Ensino da Deontologia, Ética Médica e Bioética nas Escolas Médicas Brasileiras: uma revisão sistemática. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(4):507-17.
16. Guedert JM. *Vivência de problemas éticos em pediatria e sua interface com a educação médica*. Florianópolis, 2012. Doutorado [Tese] – Universidade Federal de Santa Catarina.
17. Camargo A, Almeida MAS, Morita I. Ética e Bioética – o que os alunos do 6º ano médico têm a dizer. *Rev Bras Educ Med*, 2014;38(2):182-9.
18. Ribeiro WC, Julio RS. Reflexões sobre erro e educação médica em Minas Gerais. *Rev Bras Educ Med* 2011; 35(2):263-7.
19. Costa NMSC. *A formação e as práticas educativas de professores de medicina: uma abordagem etnográfica*. São Paulo; 2005. Doutorado [Tese] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
20. Rego S. Reflexão sobre o processo de formação ética dos médicos. *Cadernos da ABEM*. 2004; 1(1):28-9.
21. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE-CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*, 9 nov. 2001, Seção 1, p. 38.
22. Billings JA, Block SD. Palliative care in undergraduate medical education: status report and future directions. *Journal American Medicine Association* 1997; 278:733-8.
23. BillingsME, Engelberg R, Curtis JR, Block S, Sullivan AM. Determinants of medical students' perceived preparation to perform end-of-life care, quality of end-of-life care education, and attitudes toward end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine* 2010;13(3):319-26.
24. Ayres JRCM. In: Tostes MA. (Org.) *(Des)encontro do médico com o paciente: o que pensam os médicos?* Rio de Janeiro: Rubio; 2014. 346p.
25. Rios IC, Lopes Junior A, Kaufman A, Vieira JE, Scanavino MT, Oliveira, RA. A integração das disciplinas de humanidades médicas na faculdade de medicina da USP: um caminho para o ensino. *Rev Bras Educ Med* 2008;32(1):112-21.
26. Rasia JM. Prefácio à presente edição. In: Freyre G. *Sociologia da Medicina*. 3. ed. São Paulo: É Realizações; 2009. 288p.

27. Pessini L, Bertachini L. (Org.). Humanização e Cuidados Paliativos. 2. ed. São Paulo: Loyola; 2004. 319p.
28. 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.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

José Ricardo de Oliveira contribuiu na concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados da pesquisa, produção e revisão do texto final. Nilton Alves de Rezende e Amauri Carlos Ferreira participaram da concepção do estudo e revisão do texto final. Letícia Pereira de Castro participou da coleta e interpretação dos dados e revisão do texto final.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

José Ricardo de Oliveira
Rua Maracaju, 19 – apto 1603
Nova Granada – Belo Horizonte
CEP 30431-350 – MG
E-mail: oliveira,jricardo@gmail.com

Conflito de Interesses em Eventos de Educação Médica Continuada (EMC): o que Palestrantes e Ouvintes Consideram Importante que Seja Declarado?

Conflicts of Interest at Continuing Medical Education Events: What do Speakers and Listeners Believe must be Declared?

José Domingos Neto¹
João Alexandre Hool Bajer¹
Aluisio Serodio¹

RESUMO

Introdução: As companhias farmacêuticas representam a principal fonte de inovações terapêuticas na medicina, daí têm participação importante em eventos de educação médica continuada (EMC). **Objetivos:** Conhecer as concepções de médicos (palestrantes ou ouvintes) acerca do significado dos conflitos de interesses em eventos de EMC e que tipo de relação deveria ser declarado. **Metodologia:** Médicos que atuam numa universidade brasileira responderam a um questionário com perguntas abertas e fechadas. Os dados qualitativos foram analisados de acordo com uma análise de conteúdos, e os quantitativos submetidos a análise estatística apropriada. **Resultados:** Setenta e seis médicos responderam ao questionário; 55,3% consideram o conflito de interesses como uma situação, enquanto 44,7% o consideram um comportamento. Além do financiamento de pesquisa relacionada ao tema da palestra, mais da metade dos participantes apontou outros seis tipos de relacionamento indústria/palestrante cuja declaração é desejável. Cinquenta por cento dos palestrantes e 18% dos ouvintes acreditam estar bem preparados para lidar com as indústrias farmacêuticas. **Considerações finais:** Escolas médicas, Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira deveriam trabalhar para aprimorar a compreensão dos médicos acerca do tema e criar regras claras sobre o que deveria ser declarado.

ABSTRACT

Introduction: Pharmaceutical companies are the main source of therapeutic innovations in medicine, thus playing an important role in continuing medical education (CME). **Objectives:** To study physicians' thoughts on conflicts of interests at CME events. **Methodology:** Physicians working at a Brazilian public university responded to a questionnaire featuring open and closed questions, with qualitative data studied according to a content analysis and quantitative data subjected to a proper statistical analysis. **Results:** 76 physicians answered the questionnaire, with 55.3% considering conflicts of interests to constitute 'situations' and 44.7% seeing them as a form of 'behavior'. Besides financial support for research related to the presentations, the majority of participants pointed to six other kinds of industry/speaker relationship in which a declaration should be mandatory. Only 50% of speakers and 18% of listeners feel prepared to deal with pharmaceutical companies' issues. **Final considerations:** Medical schools and medical representative entities should work toward improving physicians' understanding of this issue and creating objective rules on what must be declared.

PALAVRAS-CHAVE

- Ética Médica;
- Conflito de Interesses;
- Educação Médica Continuada;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Medical Ethics;
- Conflicts of Interest;
- Continuing Medical Education;
- Medical Education.

Recebido em: 16/04/2015

Reencaminhado em: 18/01/2016

Aprovado em: 19/02/2016

A INFLUÊNCIA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA EM EVENTOS DE EDUCAÇÃO MÉDICA

Tradicionalmente, a medicina tem sido caracterizada como a ciência das verdades transitórias. As mudanças são ininterruptas, e, no campo da terapêutica, as companhias farmacêuticas representam a principal fonte de inovações, já que praticamente todas as drogas que transformaram a medicina desde a segunda metade do século XX foram desenvolvidas pela indústria¹. Por isso, quem quer que se envolva com eventos de educação médica continuada (EMC) está praticamente fadado a se relacionar com a indústria farmacêutica.

Praticamente todas as instituições relacionadas à saúde têm seu funcionamento de alguma forma atrelado às companhias farmacêuticas. Universidades, sociedades de especialidades, instituições governamentais, associações de pacientes e revistas médicas estão se relacionando de maneira cada vez mais íntima com a indústria². Além de provedoras das mais importantes inovações terapêuticas, as companhias farmacêuticas estão se tornando a principal fonte de financiamento dos congressos e periódicos médicos, e sua participação no orçamento das instituições de pesquisa é crescente. Segundo o ACCME³ – Accreditation Council for Continuing Medical Education, instituto que há 18 anos coleta e divulga dados sobre os eventos de EMC nos EUA –, a participação da indústria farmacêutica e de equipamentos no orçamento dos eventos de EMC nos EUA quadruplicou entre 1998 e 2006. Nesse mesmo período, escolas médicas e sociedades de especialidades – que usam a sobra de recursos dos eventos de EMC para custear outras atividades – aumentaram suas margens de lucro nesses eventos de 5,5% para 20,7% (escolas médicas) e 46,3% (sociedades de especialidades)³.

De 2008 em diante, entretanto, a parcela do orçamento de eventos de EMC financiada pela indústria de medicamentos e equipamentos começou a diminuir, tendo caído de 60,6% em 2006 para 38% em 2014⁴. Ainda que mudanças na metodologia de coleta de dados empregada pela ACCME a partir de 2010 possam levar a uma superestimação desta queda, a tendência de diminuição vem se mantendo desde 2011⁴. Para Steinman *et al.*⁵, esta tendência é fruto da desconfiança da sociedade estadunidense em torno do relacionamento entre médicos e indústria, que levou o governo a cogitar medidas legislativas restritivas. Os autores sugerem que regras claras e abrangentes em relação às declarações de conflitos de interesses podem colaborar com esta tendência.

Em termos absolutos, o poder da indústria farmacêutica pode ser atestado por alguns números. O movimento de vendas do mercado farmacêutico mundial saltou de US\$ 602 bilhões no ano de 2006⁶ para US\$ 1,06 trilhão de dólares em

2014⁷. Levando em conta que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde⁸, um terço da receita advinda destas vendas é gasto com o marketing dos medicamentos, atualmente cerca de US\$ 353 bilhões são investidos anualmente pelas companhias farmacêuticas na promoção de suas drogas em todo o mundo.

No Brasil, segundo a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma)⁹, o mercado de medicamentos movimentou R\$ 41,8 bilhões em 2014. Se seguirmos a estimativa da OMS, a indústria farmacêutica investiria cerca de R\$13,8 bilhões para divulgar seus produtos no Brasil. Levando em conta que o orçamento do Ministério da Saúde do Brasil em 2014 foi de R\$ 106 bilhões – e tomando como base a cotação do dólar em janeiro de 2014 –, a indústria farmacêutica investiu globalmente no marketing de seus produtos cerca de oito vezes o que o governo brasileiro gastou com saúde. Se considerarmos apenas a estimativa de investimento em marketing no Brasil, os “laboratórios” teriam investido cerca de 13% do valor do orçamento do Ministério da Saúde.

Fazer uma estimativa da porção desses bilhões de fato destinada a eventos de EMC é muito difícil. Mas, uma vez que a publicidade direta ao consumidor de produtos de prescrição médica é proibida no Brasil, podemos inferir que boa parte desses recursos foi destinada à propaganda para os médicos e ao patrocínio de eventos de EMC. Uma rápida busca nos *sites* dos congressos brasileiros de algumas especialidades evidencia o peso da indústria farmacêutica no patrocínio desses eventos: em 2015, os congressos brasileiros de dermatologia, cardiologia e urologia tiveram, em média, 50 patrocinadores cada, sendo que 44 deles eram empresas farmacêuticas ou de equipamentos e materiais médicos.

Uma das estratégias de marketing empregadas pela indústria é influenciar os formadores de opinião da classe médica para divulgar seus produtos. Esta influência pode ocorrer de maneira direta (por meio da contratação como palestrante em simpósios satélites ou da orientação para fazer perguntas específicas em conferências e simpósios¹¹) ou indireta (como doar recursos para reformas ou aquisição de equipamentos, pagar viagens para congressos, patrocinar eventos sociais ou educacionais, etc.). Até mesmo o patrocínio de ensaios clínicos, especialmente estudos de relevância científica discutível, pode ser visto como uma forma de cooptar formadores de opinião.

O fato é que a indústria de medicamentos lança mão de especialistas, professores e pesquisadores para conferir maior credibilidade aos seus produtos nos mais diversos eventos de educação médica continuada. É o que o diretor de uma empresa de relações públicas que presta serviços à indústria farmacêutica chama de *third party technique*¹¹:

Não se trata de colocar palavras na boca de líderes de opinião. É basicamente utilizar uma outra fonte para apresentar os fatos sem que isso seja visto como algo manipulado pela companhia farmacêutica. (p. 1205)

Em nome da preservação da confiança pública na medicina, é fundamental definirmos que tipo de relacionamento com a indústria farmacêutica deveria ser declarado no início das palestras. Para isso, vale a pena esclarecer o que significa “conflito de interesses”, o que, de fato, os médicos brasileiros consideram importante que seja declarado e a quem esta declaração deve ser dirigida.

Levando em conta que as escolas médicas, além de serem responsáveis pela formação da audiência dos eventos de EMC, fornecem grande parte dos palestrantes para estes eventos, procuramos conhecer entre os médicos que atuam numa grande universidade brasileira quais as suas concepções acerca do significado dos conflitos de interesses e que tipo de relação com a indústria farmacêutica seria de declaração obrigatória antes do início de uma palestra.

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Conhecer as concepções de médicos que atuam numa universidade pública brasileira e participam de eventos de EMC acerca do significado dos conflitos de interesses.

Objetivos específicos

- Identificar, na opinião de médicos que atuam nessa universidade, que tipo de relação com a indústria farmacêutica deveria ser declarado por um palestrante num evento de EMC;
- Determinar, segundo a visão destes profissionais, a quem deveria ser dirigida uma declaração de conflito de interesses (organização do evento? plateia?);
- Conhecer o grau de satisfação de palestrantes e ouvintes sobre seu preparo para lidar com as investidas de marketing da indústria farmacêutica em eventos de EMC;
- Identificar possíveis diferenças de concepção entre palestrantes e ouvintes.

METODOLOGIA

O local de coleta de dados foi a escola médica de uma grande universidade pública brasileira. Os critérios de inclusão para os sujeitos da pesquisa foi que fossem médicos que tra-

balhassem nessa instituição e que tivessem participado de eventos de EMC, seja na qualidade de palestrante, seja na de ouvinte.

Esta pesquisa é de caráter exploratório, do tipo descritivo-analítica. O instrumento para coleta dos dados foi um questionário composto por duas perguntas abertas e oito fechadas.

Os dados quantitativos são apresentados de acordo com suas frequências relativas, e o teste do Qui-Quadrado com nível de significância de 0,05 foi empregado para avaliar diferenças entre palestrantes e ouvintes quanto a quais relações palestrante/indústria deveriam ser declaradas.

Os dados qualitativos foram estudados utilizando-se uma análise por categorização, considerando-se as concentrações temáticas das respostas.

Foi realizado um pré-teste do questionário com os professores da disciplina de Bioética do curso médico dessa universidade.

Este projeto foi realizado com estímulo do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) no sentido de introduzir estudantes de Medicina na área de pesquisa em Ética Médica e Bioética¹². Por isso, a estratégia para aplicação dos questionários foi a seguinte: após pedirem autorização às chefias de disciplinas e departamentos pelos quais estavam passando no internato do quinto ano médico, dois dos autores apresentaram sucintamente o projeto nas reuniões clínicas desses setores e entregaram os questionários aos médicos que desejavam participar da pesquisa. Os questionários respondidos foram recolhidos nas secretarias dos respectivos departamentos e disciplinas, ou pessoalmente por esses dois autores, à ocasião ainda estudantes.

Não era objetivo deste estudo encontrar diferenças entre os departamentos e disciplinas que participaram da pesquisa. Assim, neste artigo, a identificação desses setores foi mantida em sigilo pelos pesquisadores. Quando sugeriu esta estratégia para a aplicação dos questionários, o orientador não tinha conhecimento do rodízio dos estudantes no internato do quinto ano. Por isso, pode-se dizer que a escolha desses setores para participar da pesquisa foi feita ao acaso.

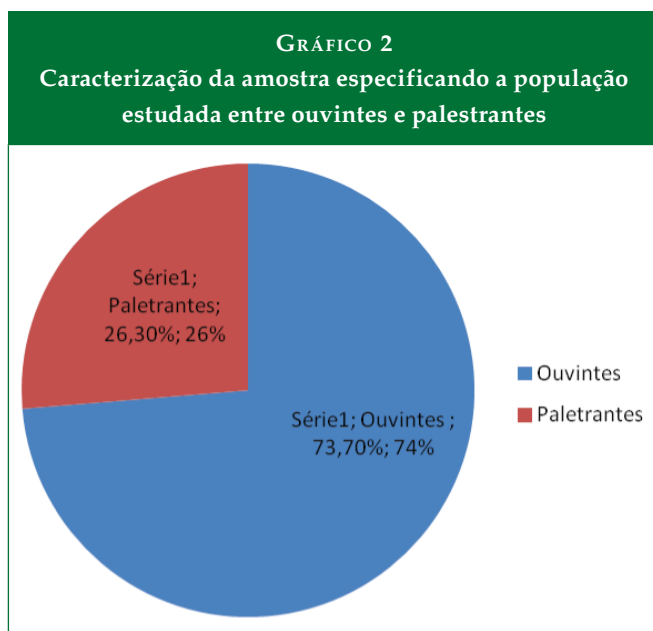
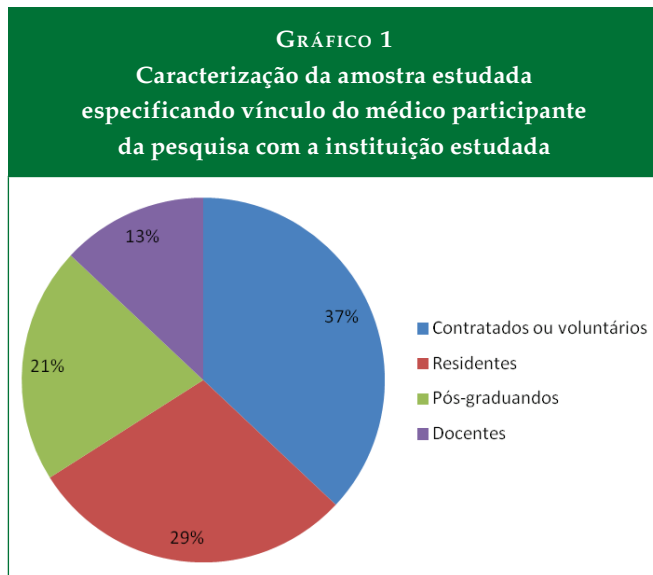
A pesquisa foi previamente autorizada pelo CEP da instituição. Para participar do estudo, todos os sujeitos de pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Cento e oito questionários foram entregues e 76 respondidos (índice de devolução de 70%).

Destes 76 médicos, 28 (37%) eram contratados ou voluntários, 22 (29%) residentes, 16 (21%) pós-graduandos e 10 (13%) docentes (Gráfico 1)

Quanto à participação em eventos de educação médica continuada, 20 dos participantes (26,3%) se caracterizaram como palestrantes e 56 (73,7%) como ouvintes (Gráfico 2).



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Questões fechadas

- **O que deveria ser declarado no início de uma palestra?**

Para a quase totalidade dos participantes (97,3%), o palestrante deveria declarar se estivesse recebendo um financia-

mento de pesquisa de medicamento relacionado ao assunto da palestra. Para mais da metade dos participantes, outros seis tipos de relacionamento entre palestrante e indústria deveriam ser declarados: (1) honorários para participação em simpósios ou conferências no mesmo evento de educação médica continuada (63,1%); (2) propriedade de ações de companhia farmacêutica (57,8%); (3) suporte para participação em eventos científicos (p.ex.: pagamento de passagens, estadia ou inscrição em congressos) (56,5%); (4) doação de recursos para melhorias no serviço ao qual pertence o palestrante (56,5%); (5) emprego (56,5%); (6) consultoria remunerada (56,5%).

Ser acionista, diretor, consultor ou empregado de uma companhia farmacêutica caracteriza uma situação óbvia de conflito cuja declaração à audiência deveria ser obrigatória. Também parece ser o caso do recebimento de honorários para participar de simpósios satélites ou eventos patrocinados pela indústria: por gerar situações de conflito de interesses, este tipo de relação deveria ser do conhecimento dos ouvintes.

Já a relação indústria-pesquisador merece uma reflexão mais cuidadosa. Participar de projetos de pesquisa ligados às companhias farmacêuticas é uma condição não só inevitável como até desejável para a maior parte dos palestrantes. Entretanto, na realidade brasileira, ser o investigador principal de um projeto patrocinado pela indústria farmacêutica pode significar, além de prestígio acadêmico, o manuseio de verbas que podem corresponder a vários meses de salário de um professor universitário. Tanto o desejo de prestígio como a compensação financeira são interesses legítimos de um professor/pesquisador, mas criam situações de conflito que deveriam tornar compulsória uma declaração dirigida à plateia.

Quanto ao pagamento de passagens, estadias e inscrições em congressos, é difícil encontrar uma resposta categórica. Tais incentivos – ainda que envolvam valores relativamente pequenos – podem, até inconscientemente, influenciar o conteúdo das palestras; portanto, de acordo com a maior parte dos pesquisados, deveriam ser declarados. É importante enfatizar que, diferentemente da participação em projetos de pesquisa, um palestrante pode perfeitamente recusar esses incentivos sem grandes prejuízos para sua atividade profissional. Mas, se decide aceitá-los, deveria declará-los.

Decidimos submeter as respostas dadas a esta questão a uma análise estatística a fim de encontrar possíveis diferenças entre palestrantes e ouvintes. Utilizamos o teste do Qui-Quadrado com nível de significância de 0,05%. Os resultados estão descritos na Tabela 1.

É interessante notar que, contrariamente a uma hipótese prévia dos pesquisadores, os palestrantes parecem mais exigentes que os ouvintes quanto aos tipos de relacionamento palestrante-indústria que deveriam ser declarados. Uma explica-

ção para este achado é que os palestrantes conheceriam muito melhor esta problemática, enquanto os ouvintes estariam despreparados em relação ao assunto. Uma evidência para este argumento pode ser encontrada na alternativa “emprego”. Embora pareça claro que tal relação mereça uma declaração, apenas 46,4% dos ouvintes pensam assim, enquanto 85% dos palestrantes enxergam o óbvio ($p=0,002$).

TABELA 1

Diferença estatística entre palestrantes e ouvintes para a questão: “Dentre os relacionamentos entre palestrantes e indústria farmacêutica descritos abaixo, assinale aqueles que deveriam, na sua opinião, ser declarados no início de uma palestra” (Teste do Qui-Quadrado, $p < 0,05$)

O que deve ser declarado no início de uma palestra?	Palestrantes		Ouvintes		p
	N	%	N	%	
Financiamento de pesquisa relacionado à palestra	17	85	56	100	0,016
Financiamento de pesquisa não relacionado à palestra	6	30	15	26,8	0,217
Suporte para participação de eventos (passagens, estadias, etc.)	12	60	31	55,4	0,195
Honorário para atividades num mesmo evento	16	80	32	57,1	0,042
Honorário para atividades num evento diferente	14	70	19	33,9	0,005
Ajuda para realizar eventos sociais ou científicos	11	55	26	46,4	0,166
Doações de recursos para serviço ao qual pertence o palestrante	12	60	31	55,4	0,195
Consultoria remunerada	16	80	27	48,2	0,010
Emprego	17	85	26	46,4	0,002
Propriedade de ações de companhia farmacêutica	14	70	30	53,6	0,096
Outros	0	0	5	8,9	0,207

• **A quem dirigir a declaração de conflito de interesses?**

A grande maioria dos pesquisados (73,7%) considera que a declaração deve ser feita à plateia, enquanto 46% pensam que deve ser feita à organização do evento.

Creemos ser importante que ambas, organização e audiência, sejam informadas quanto aos potenciais conflitos. A experiência da comissão científica de um congresso é importante para evitar distorções que ponham em xeque a credibilidade do evento. Entretanto, os próprios membros dessas comissões podem se encontrar numa situação de conflito de interesses menos de natureza financeira e mais ao redor da amizade, parentesco ou prestígio.

Situações que tenham escapado da atenção do palestrante e da comissão organizadora podem ainda ser detectadas pelos ouvintes, destinatários finais da mensagem (educativa e/ou de marketing). O respeito à audiência exige que lhe sejam fornecidas todas as informações para avaliar uma apresentação. Por isso, uma declaração dirigida à plateia parece indispensável.

A maior vantagem da declaração de conflito dirigida à plateia é fornecer àqueles que serão diretamente influenciados pela apresentação informações importantes para que decidam acerca da qualidade da palestra. O principal problema com estas declarações é que a audiência pode ter dificuldade para interpretá-las.

• **Valores envolvidos deveriam ser declarados?**

Quando a declaração envolve discriminação dos valores envolvidos, os resultados mostram que a maior parte dos participantes (60,5%) não é favorável à divulgação, ainda que 30,3% acreditem que os valores devam ser divulgados para a plateia e 9,2% apenas para a organização do evento.

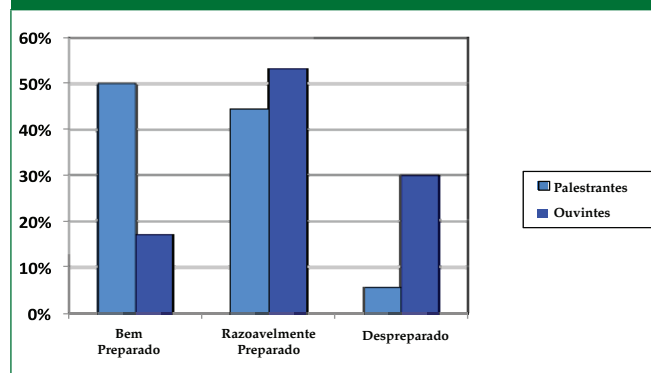
• **Os médicos sentem-se preparados para lidar com as indústrias farmacêuticas?**

Esta pergunta teve como objetivo analisar o preparo dos profissionais médicos em se relacionar com o envolvimento das indústrias nos eventos de EMC. De acordo com os dados apresentados, 26,1% acreditam estar bem preparados, 50,8% afirmaram estar razoavelmente preparados, enquanto 23,1% se consideraram despreparados.

Vale salientar que, ao dividirmos os grupos em “palestrantes” e “ouvintes”, observamos que o público-alvo das palestras se considera menos preparado que os palestrantes (Gráfico 3).

GRÁFICO 3

Frequências relativas das respostas à questão: “Como você caracterizaria seu preparo para lidar com as estratégias de marketing da indústria farmacêutica em eventos de educação médica continuada?”



- **Como esse preparo foi adquirido?**

O estudo apontou que 58,6% adquiriram seu preparo com a experiência profissional, enquanto 27,1% na pós-graduação e 14,3% durante a graduação.

Este dado aponta uma grande incompetência do aparelho formador na discussão deste tema, uma vez que a maioria dos pesquisados acaba por desenvolver alguma competência para lidar com o assunto durante sua atuação profissional, sem qualquer tipo de planejamento educacional.

Questões abertas

- **“O que você entende por conflitos de interesse”?**

As categorias da análise para esta questão, elaboradas *a priori* de acordo com a literatura especializada, foram: “situação” e “comportamento”.

Definimos a categoria “situação” de acordo com Thompson¹³: o conflito de interesses corresponde a uma série de situações nas quais o julgamento do profissional, no que diz respeito aos interesses primários daquela atividade, tende a ser indevidamente influenciado por um interesse secundário.

Caracterizamos como “comportamento” respostas que identificavam um conflito de interesses quando a apresentação já teria sido influenciada indevidamente por um interesse secundário.

Entre os participantes, 55,3% caracterizaram conflito de interesses como situação, enquanto 44,7% das respostas responderam à categoria “comportamento”.

Conflito de interesses como situação

Quando você é financiado por empresas, órgãos públicos e instituições que podem influenciar o tipo de informação que você está transmitindo às pessoas. (residente, ouvinte)

Esta concepção é a mesma que os autores consideram a mais adequada e está de acordo com grande parte da literatura especializada: um agente que possa se beneficiar financeiramente de alguma distorção de seu trabalho está numa situação de conflito, independentemente de ter ou não deixado um interesse secundário prevalecer¹⁴. Entendemos, assim, que não há nada inerentemente antiético no fato de alguém se encontrar numa situação de conflito.

Conflito de interesses como comportamento

Há conflito de interesses quando o médico, por exemplo, não é independente em relação ao assunto que está discutindo, ou seja, por algum motivo ele atende à solicitação de alguma empresa ou setor, sendo tendencioso a favor dela, podendo ainda, devido a seu renome, influenciar pessoas com sua opinião. (pós-graduando, ouvinte)

Entendemos que esta concepção, adotada por quase a metade dos participantes, leva a um problema insolúvel: se considerarmos os conflitos de interesses como um comportamento, nenhum palestrante iria declará-los, uma vez que isto significaria admitir uma conduta eticamente reprovável. Há uma reação exacerbada de alguns colegas que enxergam na ênfase dada aos potenciais conflitos de interesses uma afronta à sua integridade profissional. Por isso, é fundamental reforçar a ideia de que o conflito de interesses é uma situação e não um comportamento¹⁴; e o primeiro passo para lidarmos com esta condição é reconhecer sua existência¹⁵.

- **“Você considera que uma declaração de conflitos de interesses poderia aumentar a credibilidade de um evento de educação médica continuada? Por quê?”**

Para esta questão, as categorias foram estabelecidas após a leitura cuidadosa das respostas de forma independente pelos três pesquisadores. Quando houve discordância, prevaleceu a opinião do orientador, por ter maior experiência com a abordagem qualitativa.

Dos entrevistados, 80,3% responderam “sim”, considerando que a declaração de conflito de interesses aumentaria a credibilidade dos eventos de EMC. Por outro lado, 19,7% responderam “não”, acreditando que a declaração de conflito de interesses não aumentaria a credibilidade dos eventos de EMC.

Categorias da resposta “sim”

Transparência do evento/honestidade do palestrante

Acho que a declaração pode ser feita, pois demonstra a transparência do evento e a honestidade do palestrante; mas com o cuidado de não se vincular a ideia de que todo trabalho deva ser “indagado”(suspeito) por haver vínculo. (pós-graduando, ouvinte)

Esta categoria mostra-se bastante compatível com a concepção de “situação”, principalmente porque oferece a possibilidade de o palestrante ser ou não influenciado por interesses secundários. Ao mesmo tempo, compartilha o entendimento de que não é eticamente condenável estar numa situação de conflito de interesses.

Subsídios para melhorar a avaliação (visão crítica) da audiência

Estamos em constante mudança e aprendizado, e expor conflitos nos torna mais pensantes, atuantes e quem sabe seja estimulante. (médico contratado ou voluntário, ouvinte)

Nesta categoria, explicita-se a noção de que a exposição dos conflitos de interesses colabora para aprimorar a visão crítica

dos ouvintes acerca da palestra. Oferece subsídios para que o ouvinte possa decidir se a informação é ou não influenciada por interesses secundários. Nesse sentido, a maior vantagem da declaração de conflito dirigida à plateia é fornecer àqueles que serão diretamente influenciados pela apresentação informações importantes para que decidam acerca da qualidade da palestra.

Uniformidade das regras

Sim, desde que feita de forma uniforme. (docente, palestrante)

Especialmente para os palestrantes, há um anseio por regras claras acerca da declaração de conflitos de interesses. Nesse sentido, para que sejam observadas com rigor, as políticas de regulamentação de conflitos de interesses devem ser explícitas¹. Infelizmente, as diretrizes disponíveis em nosso meio são muito vagas, causando dúvidas aos palestrantes e inquietações na plateia. Os próprios profissionais que trabalham em parceria com a indústria parecem pedir regras mais claras sobre como proceder¹⁶. Podemos apontar três instâncias com legitimidade para regulamentar as situações de conflito: o Conselho Federal de Medicina (CFM), as sociedades de especialidades e o poder público.

Por intermédio da Resolução 1.595/2000, posteriormente complementada pela Resolução 1.974/2011, o CFM¹⁷ determina que:

os médicos, ao proferir palestras ou escrever artigos divulgando ou promovendo produtos farmacêuticos ou equipamentos para uso na medicina, declarem os agentes financeiros que patrocinam suas pesquisas e/ou apresentações [...].

Ademais, o CFM, a Associação Médica Brasileira (AMB), a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e a Interfarma, em defesa das boas práticas no relacionamento entre classe médica e a indústria farmacêutica feita em 2012, propõem que:

as empresas associadas à Interfarma diligenciarão para que todo o público de interesse seja informado sobre potenciais conflitos éticos surgidos em razão de interesses financeiros ou econômicos que porventura existam entre a indústria farmacêutica e os profissionais médicos.¹⁸

Mencionar uma medicação durante a palestra é uma forma de divulgação, ainda que a intenção do palestrante não seja promover o medicamento. Por isso, de acordo com o espírito da resolução, caso o palestrante participe de projetos de pesquisa que envolvam aquela medicação ou algum dos seus

concorrentes, a declaração de conflito é compulsória. E se o palestrante estiver participando de projetos financiados pela mesma companhia farmacêutica referentes a outras drogas, deveria declarar esta participação? E se a companhia que produz aquela medicação tiver custeado a participação do palestrante num congresso internacional ou financiado a instalação de um laboratório no centro de pesquisas ao qual o palestrante está associado, isto deveria ser declarado? Embora tais situações configurem potenciais conflitos de interesses, não existe qualquer alusão às mesmas nas resoluções e no posicionamento supracitados. Por isso, pode-se afirmar que estes documentos se mostram muito vagos, gerando pouco esclarecimento na determinação do que deve ser divulgado em eventos de EMC.

Categorias para a resposta “não”

Receio de perder a credibilidade

Via de regra, quando ficamos sabendo dessas relações, nossa credibilidade no profissional tende a cair... (médico contratado ou voluntário, ouvinte)

Esta categoria é compatível com a concepção “comportamento”. Com isso, o participante demonstra compartilhar da noção de que declarar um conflito é admitir conduta eticamente reprovável, e, portanto, a declaração leva à perda da credibilidade do palestrante.

Não há como averiguar a veracidade das informações

Na maioria das vezes a declaração não é feita de forma fidedigna, pois poderia prejudicar o palestrante. Além disso, não tem como ser feita fiscalização para adequada veracidade das informações prestadas. (pós-graduando, ouvinte)

Se deixarmos exclusivamente a critério do próprio palestrante decidir sobre a existência do conflito, é provável que muitas situações mais sutis passem despercebidas. Poderiam os palestrantes negar categoricamente obrigações subconscientes de reciprocidade que existem quando benefícios são oferecidos e aceitos¹⁹? Seguramente, confiar na boa-fé do palestrante é algo indispensável, mas insuficiente para garantir a credibilidade de um simpósio ou conferência. Sempre haverá a possibilidade de declarações fraudulentas. Talvez pudesse caber à organização do evento desenvolver meios para dificultar tais declarações.

Credibilidade deveria depender do conteúdo da apresentação, e não do palestrante

A credibilidade depende do conteúdo da aula, baseada em evidências. (pós-graduando, ouvinte)

O foco desta categoria é a necessidade de aprimorar o conhecimento dos ouvintes acerca da epistemologia da ciência, ou seja, a necessidade de médicos não serem “ingênuos científicos”, mas, sim, capazes de avaliar o conteúdo da palestra, independentemente das credenciais do palestrante.

As informações são relativas e sujeitas a interpretações

Não, pois esta informação é muito relativa, podendo ter diferentes interpretações. (docente, palestrante)

De fato, um dos maiores problemas das declarações é que a audiência pode não saber como interpretá-las. As declarações, por si mesmas, podem meramente aumentar a desconfiança em relação ao palestrante e ao evento, revelando uma situação problemática sem prover os meios de resolvê-la¹³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do número relativamente pequeno de sujeitos que participaram desta pesquisa, nossos resultados propiciam reflexões importantes para lidar com os conflitos de interesses em eventos de EMC.

Inicialmente, vale enfatizar que os participantes, em sua maioria, não desenvolveram uma competência para lidar com o tema durante o processo formal de educação médica. Além disso, é patente entre alguns palestrantes a preocupação com o despreparo da audiência para lidar com as informações contidas numa declaração de conflitos de interesses. Assim sendo, caberia às escolas médicas e aos serviços de residência médica investir esforços para melhorar o preparo dos futuros médicos e especialistas acerca dos conflitos em eventos de EMC.

Muitos dos sujeitos da pesquisa, em especial entre os palestrantes, demonstraram um justo anseio por regras mais claras e uniformes sobre o que deveria ser declarado. Mesmo a mais recente versão do Código de Ética Médica não especifica estas regras. O presente estudo oferece subsídios para uma enquête mais ampla, dirigida aos médicos brasileiros, com a finalidade de estabelecer de forma legítima e democrática o que deveria ser declarado e como fazê-lo. Acreditamos que entidades médicas, como o Conselho Federal de Medicina e suas regionais, bem como a Associação Médica Brasileira e as diferentes sociedades de especialidades, deveriam conduzir um trabalho neste sentido.

Ainda assim, não podemos fechar os olhos às situações de conflitos de interesses resultantes da exuberância financeira da indústria. A tentativa de evitar estes conflitos – ou pelo menos de criar regras para torná-los transparentes – deve ser encarada como um esforço para manter a confiança dos médicos nos cursos de educação continuada e a credibilidade social

em nossa profissão. Nos EUA, por exemplo, esse esforço é dirigido à diminuição do custo dos eventos de EMC (por exemplo, escolhendo locais mais simples para o evento e evitando a promoção concomitante de atividades sociais), à proibição da participação da indústria (inclusive de médicos em situação de conflito de interesses) na comissão científica dos eventos e a uma cuidadosa verificação das declarações de conflitos de interesses²⁰.

Estaremos fadados ao fracasso se lidarmos com um tema complexo como os conflitos de interesses por meio de noções simplistas, como uma luta maniqueísta dos justos contra os maus. Frente à complexidade do assunto, são indispensáveis o respeito à pluralidade de opiniões e o estabelecimento de procedimentos democráticos para a elaboração de normas legítimas, objetivas e exequíveis. Neste sentido, parece muito reduzida a visão que demoniza a indústria farmacêutica: são empresas num ramo extremamente competitivo que usam estratégias de marketing para alcançar seus objetivos de venda. E, apesar do poderio econômico dos “laboratórios”, cabe aos médicos fazer valer seu poder – nada desprezível – de decisão: a venda de medicamentos passa por nossas prescrições; daí nossa obrigação de normatizar atividades que terão impacto final na saúde e no bolso dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Abbasi K, Smith R. No more free lunches. *Br Med J*. 2003; 326:1155-6.
2. Spithoff S. Industry involvement in continuing medical education. *Can Fam Physician*, 2014;60:694-6.
3. Steinbrook R. Financial Support of Continuing Medical Education. *JAMA* 2008;299(9):1060-2
4. Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME). 2014 Annual Report. Acessado em: 16 Jan 2016. Disponível em: <http://www.accme.org/news-publications/publications/annual-report-data/accme-annual-report-2014>
5. Steinman MA, Landefeld CS, Baron RB. Industry Support of CME – Are We at the Tipping Point? *N Engl J Med*. 2012;366(12):1069-71
6. Herper M, Kang P. The World’s Ten Best-Selling Drugs. 2006. *Forbes Magazine*. Acesso em: 10nov. 2015. Disponível em: http://www.forbes.com/home/sciencessandmedicine/2006/03/21/pfizer-merck-amgen-cx_mh_pk_0321topdrugs.html
7. Statista. Statistics and facts about the pharmaceutical industry worldwide. Acesso em: 13jan.2016. Disponível em <http://www.statista.com/topics/1764/global-pharmaceutical-industry/>

8. World Health Organization. Pharmaceutical Industry. Acesso em: 13jan 2016. Disponível em: <http://www.who.int/trade/glossary/story073/en>
9. INTERFARMA. Guia 2015 – Dados de Mercado. Acessado em 14 Jan 2016. Disponível em <http://www.interfarma.org.br/guia2015/site/guia/index.php?val=34&titulo=Dados%20de%20mercado>
10. Brasil. Portal Brasil – Ministério da Saúde terá orçamento de R\$106 bilhões em 2014. Acesso em: 13jan.2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/saude-tera-orcamento-de-r-106-bilhoes-em-2014>
11. Burton B, Rowell A. Unhealthy spin. *Br Med J*. 2003; 326:1205–7.
12. CREMESP. Bolsa de pesquisa. [homepage na internet]. Acesso: em 06 abr. 2015. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=BolsaPesquisa&tipo=c09>
13. Thompson DF. Understanding Financial Conflicts of Interest. *N Engl J Med*, 1993;329(8):573-6.
14. Kassirer JP, Angell M. Financial Conflicts of Interest in Biomedical Research. *N Engl J Med* 1993;329(8):570-1.
15. Lemmens T, Singer PA. Bioethics for clinicians: 17. Conflict of interest in research, education and patient care. *Can Med Assoc J*, 1998;159:960-5.
16. Leite F. Médicos debatem relação com empresa. *O Estado de São Paulo*, 26 de Outubro de 2008.
17. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.595/2000. [homepage na internet]. Acesso em: 03 abr. 2015. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1595_2000.htm
18. Posicionamento do CFM, da AMB, da SBC e da INTERFARMA em defesa das boas práticas no relacionamento entre classe médica e a indústria farmacêutica. 2012. Acesso em: 03 abr. 2015. Disponível em <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/protocolo%20cfm%20interfarma%20final.pdf>
19. Haines EI, Olver IN. Are self-regulation and declaration of conflict of interest still the benchmark for relationships between physicians and industry? *Med J Aust*, 2008; 189 (5): 263-6.
20. Schofferman J. The Medical–Industrial Complex, Professional Medical Associations, and Continuing Medical Education. *Pain Med* 2011;12:1713–9

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

José Domingos Neto participou de forma suficiente na concepção e desenho do estudo, da coleta de dados por meio de entrevista estruturada aos sujeitos da pesquisa e da análise e interpretação dos dados assim como da redação do texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Aluísio Marçal de Barros Serodio participou de forma suficiente na concepção e desenho do estudo e da análise e interpretação dos dados assim como da redação do texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

João Alexandre Hool Bajerl participou de forma suficiente na concepção e desenho do estudo, da coleta de dados por meio de entrevista estruturada aos sujeitos da pesquisa e da análise e interpretação dos dados assim como da redação do texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há qualquer tipo de conflito de interesses relacionado a qualquer um dos autores citados neste artigo.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

José Domingos Neto

New Classic Business Center

Rua Afonso Celso, n. 552, Segundo andar, Conjunto 23, Vila Clementino

CEP 04119-000 São Paulo, SP, Brasil

Email: jdneto73@gmail.com

Avaliação Discente de um Internato Médico em Atenção Primária à Saúde

Students' Evaluations of Medical Internships in Primary Healthcare

Heloise Fabian Silvestre¹
Charles Dalcanale Tesser¹
Marco Aurélio Da Ros^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Internato e Residência;
- Currículo;
- Atenção Primária à Saúde;
- Estudantes de Medicina.

KEYWORDS

- Medical Education;
- Internship and Residency;
- Curriculum;
- Primary Health Care.
- Medical Students.

Recebido em: 28/06/2015

Reencaminhado em: 18/10/2015

Aprovado em: 14/03/2016

RESUMO

Em 2012, modificou-se a estrutura do internato médico da Universidade Federal de Santa Catarina, criando-se dois estágios de oito semanas cada de imersão na Atenção Primária à Saúde (no nono e no décimo semestres). O objetivo deste trabalho foi analisar a avaliação desses estágios pelos estudantes. Realizou-se análise quali-quantitativa dos questionários de avaliação discente preenchidos voluntariamente no final de cada período (83,75% do total de 240 acadêmicos foram incluídos). O estágio foi avaliado como ótimo (66,7%) ou bom (27,9%) em 94,5% das respostas, especialmente a preceptoria, considerada ótima (82%) ou boa (16,1%) em 98,1% dos casos. O aprendizado em habilidades clínicas foi avaliado como ótimo ou bom em 93,5% dos questionários, e em comunicação e relação médico-paciente, em 98,5% dos casos. As principais críticas foram falta de auxílio para transporte/alimentação, grandes distâncias dos locais de estágio e problemas de infraestrutura nos serviços, além de algumas divergências sobre as aulas teóricas. Em conclusão, o estágio foi muito bem avaliado pelos estudantes, sendo grande sua contribuição para a formação médica, merecendo, assim, maior atenção e investimento dos cursos de Medicina.

ABSTRACT

The medical internship structure at Santa Catarina Federal University (UFSC) was modified in 2012 by the establishment of two training periods in Primary Healthcare, each with a duration of eight weeks (one in the ninth and the other in the tenth semester). The aim of this study was to analyze UFSC medical students' evaluations of this internship. A quali-quantitative analysis of the evaluations of the internship was carried out, with the questionnaires voluntarily answered by the students at the end of each period (83.75% of the total 240 students were included). The internship was evaluated as 'excellent' (66.7%) or 'good' (27.9%) in 94.5% of the answers, especially in terms of the tutors, considered 'excellent' in 82% of cases. Learning on clinical abilities was evaluated as 'excellent' or 'good' in 93.5% of the questionnaires, and on communication and patient-doctor relationships in 98.5% of cases. The main criticisms were the lack of financial aid for transportation and eating, long distances and infrastructure issues, as well as some differences of opinion on classes. In conclusion, it may be said that the internship was very highly regarded by students, demonstrating that it makes an important contribution to medical education, and is therefore deserving of more attention and investment by medical courses.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

^{II} Universidade do Vale do Itajaí, Florianópolis, SC, Brasil.

INTRODUÇÃO

A aproximação entre os acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Atenção Primária à Saúde (APS) ocorreu lenta e gradualmente. A primeira iniciativa de que se tem registro ocorreu em 1980, com a criação do ambulatório da Costeira do Pirajubaé, projeto de extensão que passou a ser o principal espaço de prática ambulatorial fora do hospital, em bairro próximo à universidade. Em 1984, o que era atividade extracurricular voluntária foi incorporada ao currículo, mediante estágios optativos em quatro Centros de Saúde (CS) para os acadêmicos do sexto ao nono semestre, sob supervisão de médicos contratados para trabalhar nesses locais com ensino médico¹.

Em 1997, com a criação do Programa Docente-Assistencial (PDA), oficializa-se a atuação dos acadêmicos na APS do município, intensificando a parceria entre universidade e serviços². No ano seguinte, realiza-se uma reforma curricular, com aumento da duração do internato para um ano e meio e instituição de estágio obrigatório em saúde pública, envolvendo atividades práticas em APS quatro tardes por semana durante cinco semanas, sob preceptoria dos médicos do Serviço de Saúde Pública do Hospital Universitário (HU) e do grupo de médicos da prefeitura (envolvendo aproximadamente 15 CS)^{2,3,4}.

Financiada pelo Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina (Promed), foi realizada outra reforma curricular na UFSC em 2003^{1,2}. Numa estrutura nova de currículo modular, criou-se o módulo pedagógico da Interação Comunitária (IC), proposto como eixo integrador do currículo, permeando todo o curso. A IC consistia em atividades práticas na Atenção Primária, envolvendo ações dentro e fora dos CS, quinzenalmente do primeiro ao oitavo semestre e semanalmente do nono ao 12º – no início, mais voltadas à prevenção de doenças e promoção da saúde, inserindo-se ações clínicas à medida que avançava o curso. O internato foi expandido para dois anos, e o estágio em saúde pública foi suprimido, sendo substituído pela IC^{2,3,5}.

No entanto, uma análise de avaliações discentes dos anos seguintes demonstrou que os acadêmicos ainda não estavam satisfeitos com a IC e com o internato, devido, principalmente, ao distanciamento quinzenal/semanal entre as atividades, que dificultava a criação de vínculo com profissionais e comunidade, e à baixa qualidade da preceptoria⁶⁻⁹. Iniciaram-se, então, discussões sobre uma nova mudança que propiciasse maior vivência da APS, e, em junho de 2011, o colegiado do curso aprovou a criação de um estágio em imersão em Interação Comunitária/APS durante o internato, com consequente reestruturação dos demais estágios, que persiste até o momento. Tal mudança implicou um aumento na carga horária em

APS e a redução da carga horária em Pediatria, Gineco-Obstetrícia e Clínica Cirúrgica, levando a um aumento relativo na carga horária de Clínica Médica¹⁰⁻¹⁷.

Cada turma (com cerca de 50 estudantes) foi dividida em três grupos iguais que se revezam na realização dos estágios, cada um com cerca de oito semanas. (Quadro 1)¹⁸.

QUADRO 1			
Organização geral do Internato até 2011			
1º ano		2º ano	
9ª fase (23 semanas)	Pediatria (1/2)	11ª fase (23 semanas)	Pediatria (1/2)
	Gineco-Obstetrícia (1/2)		Gineco-Obstetrícia (1/2)
	Interação Comunitária (1 turno/semana)		Interação Comunitária (1 turno/semana)
10ª fase (23 semanas)	Clínica Médica (1/2)	12ª fase (23 semanas)	Clínica Médica (1/2)
	Clínica Cirúrgica (1/2)		Clínica Cirúrgica (1/2)
	Interação Comunitária (1 turno/semana)		Interação Comunitária (1 turno/semana)
Organização geral do Internato a partir de 2012			
1º ano		2º ano	
9ª fase (23 semanas)	Pediatria (1/3)	11ª fase (23 semanas)	Pediatria (1/3)
	Gineco-Obstetrícia (1/3)		Gineco-Obstetrícia (1/3)
	Interação Comunitária (1/3)		Estágio Eletivo (1/3)
10ª fase (23 semanas)	Clínica Médica (1/3)	12ª fase (23 semanas)	Clínica Médica (1/3)
	Clínica Cirúrgica (1/3)		Clínica Médica (1/3)
	Interação Comunitária (1/3)		Clínica Cirúrgica (1/3)

Todas as atividades práticas são desenvolvidas em um Centro de Saúde, de segunda a sexta-feira, em período integral (oito horas/dia), resguardados semanalmente um turno fixo para discussões teóricas na universidade e um turno livre, sem plantões, durante o estágio, totalizando 40 horas semanais.

Os estudantes são distribuídos por aproximadamente 25 CS de Florianópolis, de modo que fiquem, sempre que possível, no máximo dois para cada preceptor e preferencialmente no mesmo local em ambos os semestres. Os preceptores são médicos dos CS selecionados para tal função, a maioria com especialização ou residência em Medicina de Família e Comunidade. Cada preceptor supervisiona, salvo poucas exceções, acadêmicos de ambos os semestres (uma dupla).

As atividades desenvolvidas seguem um plano de ensino específico, cujo eixo central é experimentar progressivamente, sob supervisão e treinamento, o cotidiano de um médico da APS na Saúde da Família. As discussões semanais tratam de temas clínico-sanitários de alta relevância para a prática médica em geral e o trabalho na APS, e são ministradas pelos preceptores (devido à inexistência de médicos de família e comunidade no quadro docente efetivo da UFSC).

No final do estágio, os estudantes passam por uma avaliação cognitivo-procedimental-attitudinal, feita pelo preceptor, e por uma avaliação prática, por meio do atendimento de paciente(s) simulado(s). São, ainda, convidados a responder a um questionário de avaliação do estágio, de caráter não obrigatório e anônimo, desenvolvido com base nos instrumentos avaliativos utilizados pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte e pelo Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre)^{19,20}.

OBJETIVO

Este trabalho teve por objetivo analisar a avaliação dos estudantes de Medicina da UFSC sobre os estágios do Internato em Interação Comunitária (Atenção Primária à Saúde) do nono e décimo semestres, a partir da mudança curricular realizada em 2012. Espera-se, assim, conhecer a percepção discente em relação à qualidade do estágio e à mudança ocorrida, além de reconhecer possibilidades de melhoria do estágio.

METODOLOGIA

Analisaram-se os questionários de avaliação discente do Internato em Interação Comunitária/APS da UFSC correspondentes aos semestres 2012/1, 2012/2 e 2013/1, fornecidos pelos docentes responsáveis. Nesse período, passaram por esses estágios três turmas do nono semestre (as três primeiras a realizarem o estágio), sendo que duas ainda realizaram o estágio do décimo semestre, investigando-se, assim, cinco turmas com o total de 240 estudantes.

O questionário era quali-quantitativo, constituído de 15 questões fechadas e quatro abertas, sendo que uma das fechadas (questão 19) possuía espaço para comentários (Quadro 2). As respostas à maioria das questões fechadas eram na forma de escala visual-analógica de faces – cinco faces, sendo uma muito sorridente na extrema esquerda e, na extrema direita, uma muito triste, categorizadas como ótimo, bom, regular, ruim e péssimo, respectivamente. As respostas à questão 17 foram assim classificadas: notas entre 0 e 2,9 foram traduzidas como “péssimo”; entre 3,0 e 4,9, como “ruim”; entre 4,0 e 6,9, como “regular”; entre 7,0 e 8,9 como “bom”; e entre 9,0 e 10,0, como “ótimo”.

QUADRO 2

Questões Fechadas

1. Como você classificaria sua satisfação geral com o Internato-IC em Imersão de acordo com as figuras abaixo (*Opções de Resposta: Escala visual-analógica de faces*)
4. Como você avalia a preceptoria quanto a habilidade, conhecimento e resolutividade clínicos? (*Opções de Resposta: Escala visual-analógica de faces*)
5. Como você avalia a preceptoria quanto à relação médico-paciente? (*Opções de Resposta: Escala visual-analógica de faces*)
6. Como você avalia a preceptoria quanto à relação tutor-aluno? (*Opções de Resposta: Escala visual-analógica de faces*)
7. Como você avalia a preceptoria quanto ao interesse pelo ensino e disponibilidade para ajudá-lo? (*Opções de Resposta: Escala visual-analógica de faces*)
8. Como você avalia a estrutura física do seu C.S. (Centro de Saúde)? (*Opções de Resposta: Escala visual-analógica de faces*)
9. Como você avalia sua relação com os profissionais do C.S.? (*Opções de Resposta: Escala visual-analógica de faces*)
10. Como você avalia as aulas teóricas? (*Opções de Resposta: Escala visual-analógica de faces*)
11. Como você avalia seu aprendizado quanto a habilidades clínicas? (*Opções de Resposta: Escala visual-analógica de faces*)
12. Como você avalia seu aprendizado quanto a relação médico-paciente e habilidades de comunicação? (*Opções de Resposta: Escala visual-analógica de faces*)
13. Como você avalia seu aprendizado quanto à habilidade de manejo do tempo nos atendimentos? (*Opções de Resposta: Escala visual-analógica de faces*)
14. Como você avalia seu aprendizado quanto à habilidade de registro em prontuário? (*Opções de Resposta: Escala visual-analógica de faces*)
15. Como você avalia seu aprendizado das habilidades para realizar atividades coletivas com usuários e equipe multiprofissional? (*Opções de Resposta: Escala visual-analógica de faces*)
16. O aprendizado oferecido pelo Internato-IC em Imersão em termos de conhecimento, habilidades e atitudes foi importante para a sua formação médica? (*Opções de Resposta: Com certeza não / Provavelmente não / Provavelmente sim / Com certeza sim / Não sei*)
19. Pense qual era sua opinião a respeito desse estágio há 8 semanas atrás e assinale uma das alternativas abaixo. (*Opções de Resposta: O estágio foi: Melhor do que eu imaginava / Pior do que eu imaginava / Mais ou menos o que eu imaginava / Exatamente o que eu imaginava*)

Questões Abertas

2. Cite os pontos positivos do Internato-IC em Imersão
3. Cite os pontos negativos do Internato-IC em Imersão
17. Dê uma nota geral (zero a 10) para o Internato-IC em Imersão
18. Dê suas sugestões para melhorias do Internato-IC em Imersão (18.1 Estágio teórico-prático; 18.2 Aulas teóricas)

Os dados qualitativos foram categorizados utilizando-se a metodologia de análise de conteúdo²¹ e serão apresentados em outro momento. Neste artigo, os utilizaremos apenas para ilustrar, qualificar e enriquecer a discussão dos dados quantitativos.

Dos 240 estudantes, 85% responderam ao questionário (204), sendo três excluídos por inconsistência de dados, resultando numa amostra final de 201 questionários (83,75%). Alguns questionários continham respostas em branco, inclusive com todo o verso em branco – questões de 13 a 19, classificadas como “não respondeu”. Alguns estudantes responderam a dois questionários por terem realizado estágio em dois CS ou tido dois preceptores diferentes. Estes foram comparados e as respostas iguais foram consideradas uma só; quando diferentes, por dizerem respeito a especificidades do preceptor ou do campo de estágio, foram ambas incluídas. Assim, algumas questões apresentam “n” maior que 201.

Inicialmente foram realizadas análises em separado dos questionários do nono e décimo semestres; não se observando diferenças estatisticamente significativas, os resultados foram agrupados.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob o número 20125213.9.0000.0121.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados e discutidos em quatro blocos: (a) avaliação geral do estágio; (b) preceptoria; (c) aprendizagem e aulas teóricas; (d) estrutura física e relação com outros profissionais da APS. Para resultados mais detalhados e discussão mais aprofundada, sugere-se a leitura do trabalho de conclusão de curso gerador deste artigo²².

Avaliação geral e frente à expectativa

Observou-se que 94,5% dos estudantes consideraram o estágio ótimo (66,7%) ou bom (27,9%), e apenas 1,5% não responderam (questão 1). Quanto às notas atribuídas ao estágio, 93% eram notas entre 7 e 10; 70,6% entre 9,0 e 10,0; e 21,4% entre 7,0 e 8,9 (questão 17). Ambas as questões tinham o propósito em comum de obter uma avaliação geral do estágio, tendo respostas convergentes, que foram, então, agrupadas num mesmo gráfico (Gráfico 1).

Sobre se o estágio correspondeu à expectativa, 58,2% estudantes responderam que o estágio foi melhor do que imaginavam e 24,8% responderam que foi mais ou menos como imaginavam. Para 8,9% foi exatamente como imaginavam, para 1,5% foi pior do que imaginavam e 6,5% não responderam.

Em primeira análise, pode-se observar que a satisfação geral com o estágio foi excelente, fato corroborado pela grande

maioria de respostas abertas com avaliação positiva: “a nova forma de Internato-IC em imersão só trouxe pontos positivos”; “Adorei o estágio”; “Aprendi muito mais do que em qualquer aula teórica que tivemos nos oito semestres anteriores”; “Em nenhum outro estágio aprende-se tanto”; “Melhor estágio até o momento”.

Entre os pontos positivos mais citados, encontram-se: longitudinalidade/continuidade; vivência do dia a dia, da rotina; possibilidade de acompanhar o CS de forma integral e participar de todas as suas atividades; vivência da realidade, contato com a população e conhecimento das suas demandas; aprendizado de manejo de doenças comuns e prevalentes; diversidade de atuação; aperfeiçoamento das habilidades clínicas e de comunicação, e da relação médico-paciente; possibilidade de colocar em prática o conhecimento teórico; aumento da segurança pessoal, autoconfiança e experiência; autonomia e liberdade; integração à equipe e vivência da interdisciplinaridade; boa preceptoria, presente e bem disposta; aprendizado sobre o funcionamento do SUS e a resolatividade da APS.

Esses aspectos são ilustrados nos seguintes comentários: “A continuidade e a rotina foram essenciais para o aprendizado”; “em imersão acabo acompanhando a evolução do paciente, criando um vínculo de confiança e desfecho do quadro”; “permite conhecer a realidade da Unidade de Saúde, a real importância da interdisciplinaridade, o papel de cada profissional, as maiores necessidades da população”; “contato com a complexidade dos casos da APS”; “Entendi a importância da Atenção Primária e as dificuldades do processo de trabalho”; “mais estimulado a estudar do que nos estágios anteriores. Aprendi a fazer maior relação da teoria com a prática”; “Não acreditava que a AP fosse tão resolativa”.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudos sobre a percepção discente de estágios em APS no internato. Gardenal *et al.*²³ destacaram os principais pontos positivos citados pelos estudantes: responsabilidade, trabalho em equipe, autonomia e tomada de decisão. Em estudo realizado por Campos e Forster²⁴ sobre um módulo de oito semanas no internato, observou-se que 75,5% dos entrevistados consideraram o estágio como bastante ou muito importante, sendo a atuação em Atenção Primária e a prática de medicina integral os principais pontos positivos citados, além do desenvolvimento de maior habilidade, segurança e paciência. Os acadêmicos consideraram que a participação em todas as atividades desenvolvidas foi o que possibilitou a real compreensão do Programa Saúde da Família.

Ruiz *et al.*²⁵ encontraram, em 94,3% das respostas, que o Internato na APS (também de oito semanas) contribuiu para mostrar a realidade da população; em 78,9%, favoreceu a apli-

cação prática de conhecimentos teóricos prévios; e em 86,8%, permitiu desenvolver ou aprimorar a autoconfiança, segurança e resolutividade em relação às condutas adotadas, sendo a impressão geral do Internato considerada ótima ou boa por 57,9% dos estudantes. A integração teoria-prática foi, ainda, a categoria positiva mais citada pelos estudantes, segundo Costa *et al.*²⁶, num estágio do internato em APS de seis meses. Conforme Chaves e Grosseman²⁷, estágios em APS durante o internato possuem como vantagens preparar o estudante para o trabalho na comunidade, estabelecer vínculos e responsabilizar-se pelo paciente, entre outras.

Já os principais pontos negativos registrados foram: falta de ajuda de custo com alimentação e transporte, distância até os CS e problemas de infraestrutura. Mesmo assim, houve estudantes satisfeitos com a infraestrutura e outros que não classificaram a distância como problema: “gostei muito da interação com a comunidade e equipe, tanto que nem me importei com a distância”. Gardenal *et al.*²³ também observaram que os principais pontos negativos se relacionavam a alimentação e infraestrutura.

Houve ainda comentários críticos sobre falta de tempo para discussão de casos clínicos, estágio cansativo e o fato de o estágio ser preceptor-dependente e CS-dependente, em oposição a outros: “Rotina cansativa, com horários preenchidos quase totalmente, poucas horas para estudo, atividades extracurriculares e lazer” *versus* “Não achei tão cansativo quanto pensava”; “No dia a dia não dá tempo [*de discutir casos*], é muito corrido” *versus* “Casos bem discutidos”. Mesmo com esses problemas para alguns, a satisfação geral com o estágio foi grande, mas há que se dar especial atenção ao que diz respeito à falta de tempo para discussão dos casos.

Schmidt e Rikers²⁸ já haviam demonstrado que, durante o internato, deveria ser dedicado mais tempo para reflexões entre pares e com os orientadores. Esta é, inclusive, uma das principais justificativas dos estudantes para sua baixa satisfação com os estágios hospitalares durante o internato na UFSC^{29,30}. Costa *et al.*²⁶ acreditam que parte da percepção negativa em relação ao estágio em APS encontrada em seu estudo pode ser justificada pela pouca atenção ao estudante, oriunda da sobrecarga de trabalho devido ao elevado número de famílias adstritas – mais um motivo para que se busque um redimensionamento da rede de Atenção Primária à Saúde³¹.

A realização de procedimentos – suturas, lavagem de ouvido, drenagem de abscessos, biópsias – foi citada algumas vezes como ponto positivo (oportunidade de realizar procedimentos) e outras como negativo (falta de oportunidade de realizá-los). Os três estudantes que classificaram o estágio como ruim ou péssimo justificaram sua insatisfação por: problemas

pessoais, relação desagradável com o preceptor, distância, falta de auxílio financeiro e por não terem gostado da forma de avaliação realizada [paciente simulado].

Quanto à comparação com as expectativas, grande parte dos acadêmicos mencionou ter sido surpreendida pelo estágio, sendo que muitos demonstraram uma quebra de preconceito com a APS: “Superou o esperado”; “Imaginei que talvez pudesse ficar repetitivo dois meses seguidos, porém fui surpreendida”; “Eu tinha um preconceito com a MFC que foi desconstruído”; “Achava que não iria aprender muito e que veria sempre a mesma queixa”; “Esperava uma rotina cansativa e repetitiva”; “O dia a dia mudou minha visão da Unidade”; “Imaginava fazer apenas consultas com hipertensos e diabéticos, mas aprendi muita clínica e procedimentos”. Esses preconceitos, reconhecidos e superados pelos estudantes a partir de sua experiência, refletem a mentalidade geral do ensino na área da saúde, até hoje hospitalocêntrica e com tendência à superespecialização^{32,33}. Nos comentários, percebe-se ainda que parte do preconceito pode ter sido criada pela própria Interação Comunitária dos semestres anteriores, pelos motivos pelos quais vem sendo criticada^{6-9,29,30}.

Muitos acadêmicos do décimo semestre relataram que o estágio foi ainda melhor que no nono, por diversos motivos: “Acho que aproveitei melhor o estágio [*no décimo semestre*]”; “A melhor adaptação ao posto facilitou o dia a dia”; “Tive mais segurança para tomada de decisão em relação ao semestre passado e mais familiaridade com a Unidade e os pacientes”; “Esperava que o estágio fosse bom, tendo como referência a nona fase, mas superou minhas expectativas em termos de ganho e conhecimento”. Percebe-se, assim, que “repetir” o estágio na décima fase foi produtivo e bem avaliado.

Dos que caracterizaram o estágio como mais ou menos ou exatamente como imaginavam, nenhum qualificou negativamente, e todos justificaram que tinham uma expectativa positiva. Dos três estudantes que classificaram como pior do que imaginavam, dois eram os com satisfação geral péssima, e um justificou que as paralisações dos médicos da prefeitura ocorridas durante o seu estágio o prejudicaram.

Avaliação da preceptoria

Na avaliação da preceptoria quanto a habilidade, conhecimento e resolubilidade clínica, 97,1% dos estudantes a consideraram ótima (77,2%) ou boa (19,9%). Quanto à relação médico-paciente, 99% dos estudantes avaliaram como ótima (80,1%) ou boa (18,9%). Quanto à relação tutor-aluno, a preceptoria foi ótima (86,1%) ou boa (13,4%) em 99,5% das respostas, e 96,5% das respostas avaliaram a preceptoria como ótima (84,3%) ou boa (12,2%) quanto a interesse pelo ensino e disponibilidade

para ajudar. No geral, 98,1% avaliaram a preceptoria como ótima (82%) ou boa (16,1%) (Gráfico 2).

A avaliação da preceptoria surpreende também nas questões abertas: “Preceptora sempre presente, competente clinicamente e disposta a ensinar”; “Preceptores muito bons, principalmente na relação médico-paciente, e atendimento e tratamento de acordo com as necessidades dos pacientes”; “Preceptoria de ótima qualidade em 100% do tempo”; “Preceptores excelentes”; “Preceptora toma decisões baseada em artigos de qualidade”. Isso contrasta tanto com a avaliação discente da preceptoria nos estágios hospitalares da UFSC – na maioria das vezes considerada pouco disposta e/ou pouco capacitada ao ensino, quando não ausente ou deixada como responsabilidade dos médicos residentes^{29,30} – como quando comparamos com os outros estudos de avaliação de estágios de internato em APS.

Ruiz *et al.*²⁵ demonstraram que em apenas 42,1% dos casos a orientação do médico-preceptor foi considerada satisfatória, sendo que o despreparo do preceptor para a função docente surgiu como o principal ponto negativo. A categoria “preceptoria ausente” também aparece com grande relevância no estudo de Costa *et al.*²⁶. O estudo de Fornaziero *et al.*³⁴ pode iluminar esse ponto. Investigando o processo de ensino-aprendizagem do raciocínio clínico, encontraram que o docente é assinalado como modelo do conhecimento, sendo o professor “categoricamente destacado como modelo a ser seguido pelo estudante, independentemente do período do curso – tutorial, aulas de habilidades ou internato” (p. 5). Esse pode ser um dos motivos da grande satisfação com o estágio no presente estudo. Apesar de os dados não permitirem identificar em profundidade as razões para tão surpreendente avaliação da preceptoria, podemos inferir alguns fatores: a maioria dos preceptores possui residência ou especialização em Medicina de Família e Comunidade e foi selecionada para a preceptoria; os CS já estavam acostumados com a presença desses estudantes devido à existência da IC, que já os inseria quinzenalmente desde o quinto semestre sob supervisão médica³; a APS de Florianópolis tem boa infraestrutura física e uso de prontuário eletrônico individual; há um contato frequente e sistematizado entre os docentes responsáveis e os profissionais da rede por meio de reuniões periódicas³⁵. Poucos foram os casos de insatisfação: “Preceptoria não disposta a ensinar e receber aluno”; “Preceptor sem didática”.

Avaliação do aprendizado e das aulas teóricas

O aprendizado em geral foi avaliado como importante “com certeza” (para a formação médica) por 88% dos estudantes, e para 5,5% foi “provavelmente” importante (5,5% não res-

ponderam). Como mostra o Gráfico 3, 93,5% dos estudantes avaliaram seu aprendizado em habilidades clínicas como ótimo (33,3%) ou bom (60,2%), e 98,5% avaliaram como ótimo (57,7%) ou bom (40,8%) seu aprendizado em habilidades de comunicação e relação médico-paciente. Tais dados convergem com os de Ruiz *et al.*²⁵, em cujo estudo o internato na APS permitiu aprimorar a relação médico-paciente na opinião de 92,1% dos estudantes, além de ter permitido adotar condutas mais eficientes e coerentes com a realidade da população para 60,5% deles. Os comentários ilustram este ponto: “Aprender a tratar o fundamental da medicina”; “Aprendi a tratar a pessoa e não a doença”; “minhas condutas e manejo do paciente mudaram completamente, mudando para melhor”; “Uma das poucas oportunidades de fazer uma anamnese de qualidade”; “Maior visualização dos pontos-chave da APS: longitudinalidade, acesso, abordagem centrada na pessoa”.

O aprendizado da capacidade de registro em prontuário foi considerado bom ou ótimo por 89,5% dos acadêmicos; já a habilidade de manejo do tempo, por 71,6%, e o aprendizado para realização de atividades coletivas com usuários e equipe multiprofissional, por 67,8%. Apesar dessa avaliação satisfatória, houve uma proporção maior de “regular”, além do aparecimento de alguns “ruim” e “péssimo”. Tais aspectos da aprendizagem raramente ocorreram nas questões abertas, sugerindo que são pouco incentivados e trabalhados no dia a dia do estágio e do restante do curso, assim como pouco valorizados pelos alunos.

O ponto de menor consenso foi a avaliação das aulas teóricas: 71,6% as consideraram como boas ou ótimas (21,9% ótimas; 49,7% boas), 21,9% como regulares, 5% como ruins e 1,5% como péssimas. Comentários positivos reiteraram as avaliações: “Estágio teórico foi excelente, sem sugestões”; “Ótimas aulas teóricas”; “Manter focando em problemas mais comuns/prevalentes e seu manejo”; “As melhores [aulas teóricas] do internato até agora!”. Quanto às críticas, os principais pontos citados foram: aulas teóricas ruins; desorganização (aulas canceladas sem aviso prévio); pouco voltadas à prática médica; falta de posicionamento pessoal do médico; e falta de aulas sobre patologias específicas. A discussão da opinião dos estudantes sobre as aulas teóricas foge ao escopo deste estudo, que proporcionou pouca profundidade a respeito; envolve aspectos culturais, motivacionais e ideológicos³², considerando que as aulas buscavam, no geral, ser mais interativas – utilizando, por exemplo, técnicas de *role-playing*, aprendizagem baseada em problemas e discussões informais – e fundamentadas em evidências, em contraste com as aulas tradicionais do curso, baseadas em apresentações de *slides* sobre patologias específicas e pautadas pela opinião dos especialistas.

Comentários e sugestões dos estudantes apontaram direções: “Tentar mais diálogo com a maioria dos estudantes, que não estão acostumados com as discussões a partir de uma clínica baseada em evidências e com aulas mais interativas”; “Aulas mais estruturadas teriam melhores resultados, pois a turma acaba não participando das mais informais”; “Mais conhecimento prático, menos dados internacionais”. Parece haver, nas entrelinhas, uma supervalorização da opinião do especialista em detrimento da literatura, das evidências e das referências internacionais, o que sugere a presença de uma ideologia enraizada no ensino das especialidades focais³³.

Alguns estudantes citaram uma melhoria na qualidade das aulas teóricas do nono para o décimo semestre – “As aulas já melhoraram muito em relação às da nona fase”; “As desse semestre [décimo] foram excelentes” –, reconhecendo resultados de mudanças nas aulas, aqui não detalhadas, visando ao aprimoramento do estágio.

A relevância do estágio em APS para o aprendizado, na visão dos estudantes, também foi encontrada nos estudos citados²³⁻²⁷, demonstrando que a grande maioria dos acadêmicos entende que sua formação profissional é beneficiada pelos estágios de internato em tempo integral em APS. Considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais e os princípios do SUS³⁶⁻³⁸, parece evidente haver motivos para investimento neste tipo de formação no internato.

Avaliação da estrutura e relação com outros profissionais

Observou-se que 41,8% dos estudantes avaliaram a estrutura física de seu CS como ótima e 34,8% como boa, sendo que quase um quarto (23,4%) avaliou a estrutura física como regular (20,4%), ruim (2%) ou péssima (1%). Foram citados problemas que vão desde falta de sala de reuniões, de procedimentos e de consultórios para atendimento (ficando os estudantes restritos a acompanhar as consultas como espectadores), até falta de materiais para realização de exame físico e de procedimentos, além da presença de muitos estudantes simultaneamente no CS.

Problemas de infraestrutura são prevalentes em estudos semelhantes, aparecendo em taxa equivalente no estudo de Ruiz *et al.*²⁵, e devem servir de alerta à precarização do sistema público de saúde.

Sobre a relação com os profissionais do CS, 95,6% das respostas a classificaram como ótima (67,5%) ou boa (28,1%). Destacou-se nas questões abertas a possibilidade de integração à equipe e construção de vínculo devido ao estágio em tempo integral, em contraposição com o esquema anterior, em que os estudantes iam ao CS apenas uma tarde por semana: “Se integrar à equipe em vez de ser apenas um visitante”.

Também foram destacados o acolhimento dos profissionais e a oportunidade de aprender a trabalhar em equipe: “a receptividade da equipe foi melhor do que eu esperava”; “O posto possui uma ótima equipe, que me possibilitou acordar com vontade de ir ao CS”.

Gardenal *et al.*²³ também encontraram excelente recepção dos estudantes pelos profissionais da APS. No estudo de Campos e Forster²⁴, a atuação em equipe foi considerada como atividade bastante ou muito importante por mais de 80% dos estudantes, principalmente por promover a integração com outros profissionais e aumentar a adesão do paciente ao tratamento, e 91,3% dos acadêmicos consideraram que as condições do estágio possibilitaram boa integração com a equipe, majoritariamente devido à boa receptividade. A importância do trabalho em equipe foi mais bem compreendida na APS por 71% dos estudantes no estudo de Ruiz *et al.*⁵, sendo que 97,3% se mostraram satisfeitos ou muito satisfeitos com a receptividade da equipe. Por outro lado, a falta de vínculo entre os estudantes e a equipe de saúde em estágios em que a presença dos acadêmicos não é constante também é percebida pelos diversos membros da equipe, como demonstrado por Caldeira *et al.*³⁹.

Considerando que o aprendizado do trabalho multidisciplinar e da interdisciplinaridade é essencial à formação dos futuros profissionais médicos^{36,40}; que os estudantes consideraram sua vivência como importante e positiva; e que estes aspectos são praticamente inexistentes nos currículos tradicionais e nos estágios hospitalares^{29,30}, percebe-se que esse esquema de Internato na APS tem muito a acrescentar. Porém, possivelmente não será capaz de, sozinho, suprir toda a lacuna na formação, havendo necessidade de repensar a inserção destes temas durante o restante do currículo.

Ao analisar a insatisfação com os estágios hospitalares do internato da UFSC, por meio da Avaliação do Internato Médico realizada pelo Calimed em 2011-2012, observa-se que os aspectos mais citados são: falta de discussão dos casos e/ou das condutas devido à falta de disposição, falta de capacitação para o ensino e/ou ao fato de os preceptores serem, na maioria das vezes, os residentes; dissociação entre o ensinado e o visto na prática; carga horária excessiva; falta de espaço físico nos ambulatórios; presença constante de representantes da indústria farmacêutica dentro do HU; prescrição de medicamentos pelo nome comercial ao invés do genérico; visão do estudante como mão de obra para “tocar ficha”, “preencher papéis” e realizar “trabalho braçal”; avaliação baseada em afeição pessoal (“para ter uma boa nota, o aluno tem que deixar o residente contente”); alguns estágios muito especializados e pouco voltados à formação generalista; falta de oportunidade para

participação ativa em alguns ambulatorios; muito tempo de atividades de enfermagem e pouco de ambulatorio^{29,30}.

Além desses problemas, sabe-se que, no ambiente extra-hospitalar, a busca por assistência médica se dá majoritariamente em situações de baixa e média gravidade, que se apresentam com um vasto leque de sinais e sintomas muitas vezes inespecíficos e que em parte não conseguem ser interpretados pelo saber biomédico. Por outro lado, o ensino intra-hospitalar, onde a prevalência de casos raros e graves é muito grande, tende a fomentar um medo excessivo das doenças graves. A situação hospitalar exige intervenção rápida de diagnose e terapêutica, para o que não se poupam intervenções, muito diferente do grosso da vida ambulatorial. Por isso, a aprendizagem e o treinamento para a vida profissional ambulatorial devem ser um dos cerne do internato médico³³.

Torna-se, portanto, essencial preparar os futuros médicos e profissionais da saúde para a realidade da clínica ambulatorial, diminuindo, assim, tanto as frustrações pessoais quanto os danos causados por uma prática demasiado intervencionista e comumente inadequada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio do Internato em IC foi muito bem avaliado pelos estudantes, tendo recebido qualificação positiva em todos os aspectos por ampla maioria, no geral convergindo com a literatura, porém com destaque para a qualidade de preceptoria, que foi mais bem avaliada em comparação com estudos similares. Este fato se mostrou significativamente importante para a grande satisfação dos estudantes, bem como para o ganho de aprendizado e qualidade do estágio em geral.

Na avaliação dos estudantes, o estágio proporcionou grande aprendizado, sendo de grande importância para sua formação, com especial destaque para o aprendizado de habilidades clínicas, de comunicação e de relação médico-paciente. Outros pontos positivos citados demonstram que o aprendizado vai além dos aspectos clínico e relacional: longitudinalidade; vivência do dia a dia em tempo integral; contato com a população e conhecimento das suas demandas; manejo de doenças comuns e mais prevalentes; diversidade de possibilidades de atuação; possibilidade de colocar em prática o conhecimento teórico; aumento da segurança pessoal, autoconfiança e experiência; autonomia e liberdade; integração à equipe e interdisciplinaridade; aprendizado sobre o funcionamento do SUS e a resolutividade da APS.

Outros aspectos da aprendizagem, como registro em prontuário, manejo do tempo e realização de atividades coletivas com usuários e equipe multiprofissional, apesar de ainda considerados satisfatórios, receberam avaliações não tão boas.

Entre os principais pontos negativos, encontram-se a falta de auxílio para transporte/alimentação, distância até os locais de estágio e problemas de infraestrutura, com divergências de opinião quanto à qualidade das aulas teóricas e à falta de discussão dos casos vistos.

Por fim, evidências da existência de um preconceito em relação à prática em APS e a possibilidade de desconstruí-lo por meio do estágio apenas reforçam suas potencialidades.

Sugere-se, assim, que os cursos façam maiores investimentos em mudanças curriculares pautadas na APS, de forma coerente com os princípios do SUS e as recentes mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais^{36-38,41}.

REFERÊNCIAS

1. Albizuri E. O novo currículo da Universidade Federal de Santa Catarina – Uma análise comparativa entre as bases teóricas da mudança e a atual situação da reforma curricular. Florianópolis; 2004. Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso] – Universidade Federal de Santa Catarina.
2. Grosseman S. Um olhar sobre o processo de mudança curricular do curso de Medicina: do contexto global ao contexto da Universidade Federal de Santa Catarina. In: Pereima MJL, Coelho EBS, Da Ros MA (orgs.). Da proposta à ação: currículo integrado do curso de graduação em medicina da UFSC. Florianópolis: Editora da UFSC; 2005. p.25-40.
3. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Graduação em Medicina. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis. [Acesso em 26 out. 2013]. Disponível em: <http://www.medicina.ufsc.br/projeto-politico-pedagogico/>
4. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Graduação em Medicina. Currículo Integrado. Florianópolis; 2012. [Acesso em 26 out. 2013]. Disponível em: <http://www.calimed.ufsc.br/wp-content/uploads/2013/05/Curriculo-2012.pdf>
5. Lampert JB. Avaliação do processo de mudança na formação médica. In: Marins JN, Rego S, Lampert JB, Araújo LGC (orgs.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 245-266.
6. Centro Acadêmico Livre de Medicina. VI Seminário de Avaliação do Currículo Integrado. Florianópolis:CALIMED; 2010. (Relatório) [Acesso em 26 out. 2013]. Disponível em: http://www.calimed.ufsc.br/?page_id=1790
7. Centro Acadêmico Livre de Medicina. VII Seminário de Avaliação do Currículo Integrado. Florianópolis:CALIMED; 2011a. (Relatório) [Acesso em 26 out. 2013]. Disponível em: http://www.calimed.ufsc.br/?page_id=1790

8. Centro Acadêmico Livre de Medicina. VIII Seminário de Avaliação do Currículo Integrado. Florianópolis: CALIMED; 2012. (Relatório) [Acesso em 26 out. 2013]. Disponível em: http://www.calimed.ufsc.br/?page_id=1790
9. Oliveira PM. Interação Comunitária na escolha da especialidade dos alunos de medicina da UFSC. Florianópolis; 2012. Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso] – Universidade Federal de Santa Catarina.
10. Centro Acadêmico Livre de Medicina. Ata da reunião realizada em 15 de maio de 2011. Florianópolis: CALIMED; 2011b. [Acesso em 26 out. 2013]. Disponível em: <http://www.calimed.ufsc.br/?p=1479>
11. Centro Acadêmico Livre de Medicina. Ata da reunião realizada em 21 de junho de 2011. Florianópolis: CALIMED; 2011c. [Acesso em 26 out. 2013]. Disponível em: http://www.calimed.ufsc.br/?page_id=1790
12. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Graduação em Medicina. Ata da reunião do Colegiado realizada em 17 de fevereiro de 2011. Florianópolis; 2011.
13. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Graduação em Medicina. Ata da reunião do Colegiado realizada em 19 de maio de 2011. Florianópolis; 2011.
14. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Graduação em Medicina. Ata da reunião do Colegiado realizada em 16 de junho de 2011. Florianópolis; 2011.
15. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Graduação em Medicina. Ata da reunião do Colegiado realizada em 18 de agosto de 2011. Florianópolis; 2011.
16. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Graduação em Medicina. Ata da reunião do Colegiado realizada em 15 de setembro de 2011. Florianópolis; 2011.
17. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Graduação em Medicina. Ata da reunião do Colegiado realizada em 17 de novembro de 2011. Florianópolis; 2011.
18. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Graduação em Medicina. Estrutura do Internato Médico. Florianópolis; 2013. [Acesso em 26 out. 2013]. Disponível em: <http://www.medicina.ufsc.br/estrutura-do-internato-medico/>
19. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Internato Médico I – Módulo de Interação Comunitária: 9ª fase do curso de graduação em medicina – semestre 2013/2. Florianópolis; 2013.
20. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Internato Médico I – Módulo de Interação Comunitária: 10ª fase do curso de graduação em medicina – semestre 2013/1. Florianópolis; 2013.
21. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Ver Enferm.* 2008; 16(4): 569-576.
22. Silvestre HF. O novo Internato Médico em Interação Comunitária (Atenção Primária à Saúde) da Universidade Federal de Santa Catarina: avaliação discente das primeiras turmas após a mudança. Florianópolis; 2013. Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso] – Universidade Federal de Santa Catarina.
23. Gardenal RVC, Marques AMC, Martello LB, Braga LPM, Bonilha MM, Braga O, Assunção LA. Estágio supervisionado regional: visão do aluno. *Rev Bras Educ Med* [online]. 2011. 35(4) [acesso em 25 out. 2013]; 574-577. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022011000400018&script=sci_arttext
24. Campos MAF, Forster AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Rev Bras Educ Med* [online]. 2008. 32(1) [acesso em 25 out. 2013]; 83-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000100011
25. Ruiz DG, Farenzena GJ, Haefner LSB. Internato regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular. *Rev Bras Educ Med* [online]. 2010. 34(1) [acesso em 25 out. 2013]; 21-27. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000100004
26. Costa JRB, Romano VF, Costa RR, Vitorino RR, Alves LA, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. *Rev Bras Educ Med* [online]. 2012. 36(3) [acesso em 25 out. 2013]; 387-400. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000500014
27. Chaves ITS, Grossemann S. O Internato médico e suas perspectivas: estudo de caso com educadores e educandos. *Rev Bras Educ Med* [online]. 2007. 31(3) [acesso em 25 out. 2013]; 212-222. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000300003
28. Schmidt HG, Rikers RMJP. How expertise develops in medicine: knowledge encapsulation and illness script for-

- mation. *Med Educ.* [online] 2007. 41 [acesso em 30 out. 2013]; 1133-1139. Disponível em: <http://lib.ajaums.ac.ir/booklist/178429.pdf#page=33>
29. Centro Acadêmico Livre de Medicina. Avaliação do Internato Médico – Relatório de Avaliação dos Estágios: 9ª Fase – 1º semestre de 2012. (Relatório) Florianópolis: CALIMED; 2012.
30. Centro Acadêmico Livre de Medicina. Avaliação do Internato Médico – Relatório de Avaliação dos Estágios: 11ª e 12ª Fases e Interação – 2º semestre de 2011. (Relatório) Florianópolis: CALIMED; 2011.
31. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saúde Pública* [online]. 2010. 26(5) [acesso em 30 out. 2013]; 918-928. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000500014&script=sci_arttext
32. Da Ros MA. A ideologia nos cursos de medicina. In: Marins JN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (orgs.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 224-244.
33. Tesser CD. Três considerações sobre a “má medicina”. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2009; 13(31): 273-286.
34. Fornaziero CC, Gordan PA, Garanhani ML. O processo de ensino e aprendizagem do raciocínio clínico pelos estudantes de medicina da Universidade Estadual de Londrina. *Rev Bras Educ Med* [online]. 2011. 35(2) [acesso em 25 out. 2013]; 246-253. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022011000200014&script=sci_arttext
35. Reibnitz KS, Daussy MFS, Silva CAJ, Reibnitz MT, Kloh D. Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: reflexos da implantação dos projetos Pró-saúde I e II. *Rev Bras Educ Med* [online]. 2012. 36(1, Supl. 2) [acesso em 25 out. 2013]; 68-75. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
36. 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.
37. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Portal da Legislação: Leis Ordinárias. 2013. [acesso em 15 nov. 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
38. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde) [acesso em 15 nov. 2013]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>
39. Caldeira ES, Leite MTS, Rodrigues-Neto JF. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. *Rev Bras Educ Med* [online]. 2011. 35(4) [acesso em 25 out. 2013]; 477-485. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400006
40. Osório LC. A importância do trabalho em equipe para a construção interdisciplinar. In: Pereima MJL, Coelho EBS, Da Ros MA (orgs.). Da proposta à ação: currículo integrado do curso de graduação em medicina da UFSC. Florianópolis: Editora da UFSC; 2005. p.113-120.
41. Brasil. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [acesso em 15 nov. 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Heloise Fabian Silvestre: revisão de literatura, compilação de dados, análise de dados, redação, revisão. Charles Dalcanale Tesser: revisão de literatura, análise de dados, redação, revisão, orientador. Marco Aurélio Da Ros: revisão de literatura, análise de dados, revisão, coorientador.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Heloise Fabian Silvestre
Rua Pirapó, 254, aptº 403
Centro – Roque Gonzales
CEP: 97970-000 RS
E-mail: helo_silvestre@hotmail.com

Evaluation of Teaching on Leprosy by Students at a Brazilian Public Medical School

Avaliação do Ensino de Hansenologia pelos Estudantes de uma Escola Médica, Pública, Brasileira

Cynthia Rossetti Portela Alves¹
Marcelo Grossi Araújo¹
Maria Mônica Freitas Ribeiro¹
Elza Machado Melo¹

KEYWORDS

- Teaching on Leprosy;
- Medical Students;
- Medical Education.

PALAVRAS-CHAVE

- Hanseníase, Ensino.
- Estudantes de Medicina.
- Educação Médica.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate teaching on leprosy at a public medical school located in a metropolis in southeastern Brazil with a low leprosy prevalence rate. **Results:** An analysis performed by means of a comparative cross-sectional study on two parallel groups of students (freshmen and interns) demonstrated that most students began the medical course with some knowledge of the signs and symptoms of the disease. The interns were shown to have more theoretical knowledge and more favorable attitudes toward the disease compared to the freshmen. Most of the interns stated that the topic had been addressed during the course but that practical teaching was insufficient. Students who had had the opportunity for practical experience with patients were more confident in their ability to attend to similar cases. **Conclusion:** Although from a statistical point of view the results may seem very favorable, the same cannot be said when assessing the situation from the perspective of education and public health, since a large number of final-year medical students have not been provided with basic information on the disease.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o ensino sobre hanseníase numa escola médica localizada em metrópole do Sudeste brasileiro com baixo coeficiente de prevalência para hanseníase. **Resultados:** Em análise realizada, utilizando um estudo comparativo entre dois grupos paralelos de estudantes do curso médico (ingressantes e internos), observou-se que a maioria dos estudantes ingressa no curso com conhecimentos sobre sinais e sintomas da doença. Os internos mostraram maior conhecimento teórico, assim como atitudes mais favoráveis em relação à doença, quando comparados aos ingressantes. A maioria dos internos afirmou que o tema foi abordado durante o curso médico, mas que o ensino prático foi insuficiente. Estudantes que tiveram experiência prática mostraram maior confiança em sua habilidade para atender casos semelhantes. **Conclusão:** Embora do ponto de vista estatístico os resultados possam parecer favoráveis, não se pode afirmar o mesmo sob a perspectiva da educação e da saúde pública, uma vez que grande número de estudantes do último ano não possui informações básicas a respeito da doença.

Recebido em: 11/03/2015

Aprovado em: 04/04/2016

INTRODUCTION

There are different regional situations regarding the distribution of leprosy in Brazil, with areas of high endemicity and others with low prevalence and new case-detection rates. The decentralization of assistance, which is now offered at the primary health care level, was an important landmark for the increase in new case detection and large-scale MDT implementation, with the consequent reduction in treatment duration and disease prevalence.^{1,2}

Maintaining the interest of health professionals in neglected diseases, including leprosy, when facing a complex prevalent nosology, which includes an increase in both chronic degenerative diseases and externally caused events,³ has become a challenge for health services at all levels. The challenge is even greater in low-prevalence areas, where the diagnosis of new cases, though less frequent, still exists and should continue for years or even decades.^{4,5}

Leprosy control is based on early diagnosis and adequate, timely treatment. The training of human resources, from undergraduate courses in the health area to continuing education, plays a fundamental role. However, the small number of cases observed in basic health units in low-prevalence areas makes it difficult to maintain expertise and to train new human resources.⁶

Indeed, how to teach about leprosy in scenarios marked by great disparities in the epidemiological situation of the disease has caused worldwide restlessness and discussions.⁶⁻¹⁰

The objective of the present study was to evaluate leprosy instruction in a large, public medical school located in a metropolis of southeastern Brazil with low leprosy prevalence rates.

MATERIALS AND METHODS

The study was carried out at the Medical School of the Federal University of Minas Gerais (FM/UFMG), which is located in the city of Belo Horizonte. The student body consists of approximately 1920 students divided into 12 one-semester periods, with an average of 160 students per period. The Medicine course starts with a basic cycle during the first four periods, with essentially biological and theoretical content. Following this, there is a professional cycle divided into ambulatory practice and internships. In this phase, the student begins patient clinical assessment in the presence of a teacher who supervises the student and has legal responsibility for the medical procedure. Initially, this occurs in basic outpatient units, which includes attending patients in public health services with no direct connection to the teaching hospital; the outpatient clinic is the main practice site during most of the course. In the last three periods, clinical and surgical internships are undertaken in teaching hospitals. The internship in public health is carried

out in small towns and rural communities and includes public health activities and patient assistance.

Six hundred and thirty-two students in the first and in the last year of the Medicine course in 2012 were included in this study. A comparative cross-sectional design between two parallel groups was implemented: Group 1 (freshmen, first year), when the student's knowledge is similar to that of the general population; and Group 2 (interns, last year), when most of the theoretical and practical content has already been addressed.

A structured self-administered form with 16 closed questions and 3 open questions was used for Group 1; 21 closed questions and 6 open questions was used for Group 2. The questionnaire was developed by the researchers based on the manuals of the Brazilian Ministry of Health.¹¹ Aspects related to sociodemographics, theoretical knowledge regarding the topic, and attitudes toward the disease were included as well as questions regarding the practical instruction during the course. The questionnaire was pretested, and the necessary adjustments were made. The students were approached without prior notice and were given a brief explanation about the study and its objectives. After agreeing and providing signed informed consent, the students gave anonymous, individual, immediate answers without consulting books or other material. The study was approved by the UFMG Human Research Ethics Committee (n^o 07270012.8.0000.5149).

To evaluate their theoretical knowledge and attitudes toward the disease, the two groups were compared using univariate and multivariate analyses. The following variables were used: knowledge regarding the cause, transmission, signs and symptoms, diagnosis, treatment, cure, mandatory notification, and where patients are assisted; perception about the importance of the doctor being able to diagnose and treat leprosy; attitudes toward the disease, that is, maintaining contact with a friend who has been diagnosed with leprosy and being willing to treat people with this disease. The data were stored in databanks using SPSS software.

The variables were described by their frequency distribution. Groups 1 and 2 were compared through a bivariate analysis using the asymptotic Pearson's chi-square test or the exact Pearson's chi-square test. The variables that were not a normally distributed according to Shapiro Wilk's test were analyzed with the Mann Whitney test.

A multivariate analysis using the logistic regression model was performed. All variables significant at the 0.20 level were entered into a multivariate model, which was adjusted by removing the variable with the highest p-value in a stepwise fashion until all the remaining variables were significant at the 0.05 level. The goodness of fit of the final multivariate

logistic regression model was estimated using the Hosmer & Lemeshow test.

The answers to the open questions were categorized and grouped, and the frequency distributions are presented.

RESULTS

Of the 632 students enrolled in the two years studied, 540 (85.4%) participated in the study, with 260 (84.1%) in Group 1 and 280 (86.6%) in Group 2.

TABLE 1
Comparative analysis of theoretical knowledge about leprosy between groups of freshmen (Group 1) and interns (Group 2) of the UFMG Medical School in 2012

Variables	Group 1 (freshmen) n=260	Group 2 (interns) n=280	Total n=540	P value
Where you did you hear about leprosy				
Family member	69 (26.5)	67 (23.9)	136 (25.2)	0.485 ¹
Medical School	58 (22.3)	248 (88.6)	306 (56.7)	<0.0001 ¹
Mass media	187 (71.9)	173 (61.8)	360 (66.7)	0.013 ¹
Never heard of leprosy	1 (0.4)	3 (1.1)	4 (0.7)	0.625 ²
Other	118 (45.4)	22 (7.9)	140 (25.9)	<0.0001 ¹
Answered correctly that transmission is by the respiratory route	92 (36.1)	181 (65.6)	273 (51.4)	<0.0001 ²
Answered correctly that the signs and symptoms are areas or skin lesions with sensory loss	234 (90.3)	278 (99.3)	512 (95.0)	<0.0001 ²
Answered correctly that diagnosis is essentially clinical	104 (4.2)	198 (71.7)	302 (56.4)	<0.0001 ¹
Answered correctly that treatment is achieved with antimicrobial drugs	153 (59.1)	253 (91.0)	406 (75.6)	<0.0001 ¹
Answered correctly that leprosy can be cured	205 (78.8)	247 (88.8)	452 (84.0)	<0,006 ¹
Answered correctly that the disease is of mandatory notification	54 (21.0)	252 (90.0)	306 (57.0)	<0,0001 ¹
Answered correctly that patients are assisted in Basic Health Units	82 (31.9)	154 (55.6)	236 (44.2)	<0,0001 ¹

1 Asymptotic Pearson's Chi-square test; 2 Exact Pearson's Chi-square test; *≤-1.96; **≥+1.96.

The analysis of the association between the variable "Group" and sociodemographic variables showed a difference in age, with the students of the last year being older than those of the first year (p<0.0001). Regarding origin, the students in Group 2 were predominantly from Belo Horizonte, whereas those in Group 1 were predominantly from other Brazilian states (p<0.0001). No difference was found between the two groups regarding gender and income.

TABLE 2
Comparison of students' attitudes toward leprosy between the groups studied. UFMG, 2012

Variables	Group 1 n=260	Group 2 n=280	Total n=540	P Value
Associated Hansen's disease with leprosy n (%)				
Yes	217 (83.8)	247 (88.5)	464 (86.2)	0.110 ¹
No	42 (16.2)	32 (11.5)	74 (13.8)	
How do you think a person with leprosy is treated by others n (%)				
Normally	7 (2.7)*	34 (12.2)**	41 (7.6)	0.001 ¹
Usually avoiding physical contact	43 (16.7)	32 (11.5)	75 (14.0)	
People withdraw because it is a contagious disease	14 (5.4)	20 (7.2)	34 (6.3)	0.001 ¹
People withdraw because it is a prejudiced disease	189 (73.3)	187 (67.0)	376 (70.0)	
Don't know	5 (1.9)	6 (2.2)	11 (2.0)	
If you were diagnosed with leprosy n (%)				
I would have no problem telling other people	52 (20.0)*	94 (33.9)**	146 (27.2)	<0.0001 ²
I would tell family members or people who are close to me	197 (75.8)**	166 (59.9)*	363 (67.6)	
I would hide it as much as I could, even from family members	7 (2.7)	14 (5.1)	21 (3.9)	
Other	4 (1.5)	3 (1.1)	7 (1.3)	
If your best friend told you he or she had been diagnosed with leprosy, you would n (%)				
Interact to them in the same way as before	129 (49.6)	221 (78.9)	350 (64.8)	<0.0001 ¹
Avoid some situations of physical contact, closed spaces and using the same utensils	131 (50.4)	59 (21.1)	190 (35.2)	
Withdraw from him/her	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
After you graduate, would you be willing to assist leprosy patients n (%)?				
Yes	258 (99.2)	247 (91.8)	505 (95.5)	<0.0001 ¹
No	2 (0.8)	22 (8.2)	24 (4.5)	

1 Asymptotic Pearson's Chi-square test; 2 Exact Pearson's Chi-square test; *≤-1.96; **≥+1.96.

A medical student enters the course with some knowledge about leprosy obtained from different sources, especially from mass media and primary and secondary education grouped together in the variable "Other" in Table 1. For Group 2, the Medical School was the main source of information, and this group had greater theoretical knowledge compared to Group 1, as shown by all the variables analyzed (Table 1). Both groups associated Hansen's disease with leprosy. However, more favorable attitudes toward the disease were shown by the group of interns when compared to the group of freshmen (Table 2).

Table 3 presents the final model of the multivariate analysis for the variables regarding knowledge about and attitudes toward leprosy. The medical interns had a 29 times greater chance of having learned about leprosy at the Medical School, as well as a 40 times greater chance of knowing it is a disease

TABLE 3

Multivariate analysis of the knowledge about and attitudes toward leprosy according to the groups studied. UFMG, 2012

Variables	Group 1	Group 2	OR	CI 95%	P Value
Heard about leprosy in Medical School					
Yes	58 (22.3)	248 (88.6)	28.93	13.62; 1.44	<0.0001
No	202 (77.7)	32 (11.4)	1		
In relation to diagnosis					
Answered correctly	104 (40.2)	198 (71.7)	2.83	1.41; 5.71	0.004
Answered incorrectly or doesn't know	155 (59.8)	78 (28.3)	1		
How is the treatment performed?					
Answered correctly	153 (59.1)	243 (91.0)	4.19	1.84; 9.55	0.001
Answered incorrectly or doesn't know	106 (40.9)	25 (9.0)	1		
Is leprosy a disease of mandatory notification?					
Answered correctly	54 (21.0)	252 (90.0)	39.88	18.17; 87.55	<0.0001
Answered incorrectly or doesn't know	203 (79.0)	28 (10.0)	1		
If your best friend were diagnosed with leprosy, you would					
Maintain contact	129 (49.6)	221 (78.9)	4.72	2.31; 9.63	<0.0001
Withdraw	131 (50.4)	59 (21.1)	1		

P Value = 0.520 in the Hosmer-Lemeshow Test

of mandatory notification. It is also important to note the greater predisposition of the interns to maintaining contact with a friend who was diagnosed with leprosy.

A total of 81% of the interns stated that leprosy had been addressed during the Medicine course. The discipline Semiology (Dermatology Module) was highlighted as the most relevant in the theoretical approach (78.8%), followed by Internal Medicine and Microbiology (both 6.8%), Infectious Diseases (3.6%) and "other" disciplines, at 4.1%.

However, only 28.7% of the students observed a leprosy patient being attended by a doctor or attended one themselves. Most of these practical activities (81%) occurred in the Dermatology ambulatory (where there is a referral center for leprosy); 10.9% were in Internal Medicine outpatient clinics, at the teaching hospital or at the basic health units, with 8.1% during the Collective Health Internship.

The interns who felt more prepared to answer the basic questions of patients and contacts were those who had studied

TABLE 4

Perception of UFMG 2012 Medical School interns regarding their ability to diagnose, treat and answer basic questions about leprosy, according to the existence or not of theoretical teaching about the topic

Variables	Did the student study any theoretical discipline about leprosy?			Total	P Value
	Yes	No	Doesn't remember		
Do you feel prepared to diagnose leprosy?					
Yes	87 (39.4)	10 (30.3)	3 (15.8)	100 (36.6)	0.089 ¹
No	134 (60.6)	23 (69.7)	16 (84.2)	173 (63.4)	
Total	221	33	19	273	
Do you feel prepared to treat leprosy?					
Yes	45 (20.4)	6 (18.2)	1 (5.3)	52	0.272 ¹
No	176 (79.6)	27 (81.8)	18 (94.7)	221	
Total	221	33	19	273	
Do you feel prepared to answer basic questions about leprosy?					
Yes	123 (55.9)**	11 (33.3)*	5 (26.3)	139	0.004 ¹
No	97 (44.1)*	22 (66.7)**	14 (73.7)	133	
Total	220	33	19	272	

¹ Asymptotic Pearson's Chi-square test; ² Exact Pearson's Chi-square test;

* standardized adjusted residual <-1.96;

** standardized adjusted residual >1.96.

a discipline in which leprosy was addressed (Table 4). Those who observed a leprosy patient being attended by a doctor or attended one themselves felt more prepared to diagnose and treat the disease, in addition to answering basic questions (Table 5).

TABLE 5
Perception of UFMG 2012 Medical School interns regarding their ability to diagnose, treat and answer basic questions about leprosy, according to the existence or not of practical instruction about the topic

Variables	Did the student participate in any practical activity regarding leprosy?			Total	P Value
	Yes	No	Does not remember		
Do you feel prepared to diagnose leprosy?					
Yes	39 (49.4)**	57 (30.3)*	4 (50.0)	100 (36.4)	0.009 ¹
No	40 (50.6)*	131 (69.7)**	4 (50.0)	175 (63.6)	
Total	79	188	8	275	
Do you feel prepared to treat leprosy?					
Yes	27 (34.2)**	24 (12.8)*	1 (12.5)	52 (18.9)	<0.0001 ¹
No	52 (65.8)*	164 (87.2)**	7 (87.5)	223 (81.1)	
Total	79	188	8	275	
Do you feel prepared to answer basic questions about leprosy?					
Yes	59 (75.6)**	78 (41.5)*	3 (37.5)	140 (51.1)	<0.0001 ²
No	19 (24.4)*	110 (58.5)**	5 (62.5)	134 (48.9)	
Total	78	188	8	274	

1 Asymptotic Pearson's Chi-square test; 2 Exact Pearson's Chi-square test;

*standardized adjusted residual <-1.96;

** standardized adjusted residual >1.96.

The reasons the interns gave for not feeling prepared to diagnose and treat leprosy patients were related to insufficient knowledge received at the Medical School, which was reported as a lack of theoretical knowledge (36.8%), a lack of theoretical and practical knowledge (40.2%) and a lack of practical experience (23.0%).

DISCUSSION

Most of the students entered the Faculty of Medicine with knowledge about the signs and symptoms of leprosy, mainly due to formal basic education and mass media. These findings are corroborated by the literature, which shows that health and education are efficient allies.^{12,13} Educational campaigns may be a good strategy to reach the population at large, quickly disseminating easily assimilated information.¹⁴ Informative and educational activities directed at school-aged children and their teachers increase knowledge and optimize health education strategies aimed at early case detection and stigma reduction.^{15,16} Thus, mass education campaigns and in-

formation about leprosy in primary and secondary education should be maintained and continuously encouraged.

The interns showed considerably higher chances of having heard about leprosy at the Medical School when compared to the freshmen; they received basic information about the topic, especially related to the diagnosis, treatment and epidemiological situation. If this situation from a statistical point of view could seem very favorable, one cannot say the same when assessed from the perspective of education and public health, since large portions of the final-year medical students do not have basic information about the disease – for example, transmission (34.4%); the clinical nature of diagnosis (29.9%); existence of cure (11.2%) and patient care in primary health care (44.4%) – contrary to what would be expected for a disease defined as a public health problem and mandatory reporting. With regard to this last point, in particular, it is troubling to learn that 10% of the students at the end of their training did not possess this information.

The implementation of the Unified Health System in Brazil and its main directives, especially universalization of access and priority given to primary health care, have enabled the decentralization of assistance to people with leprosy. With the publication of the Health Assistance Operational Norm (NOAS/SUS 01/2001), the commitment of municipalities with integral health assistance has been regulated and expanded, and leprosy care has been defined as a strategic area.¹⁷ However, only 55.6% of the students knew that patients should be treated in basic health units.

Despite the knowledge acquired during the Medicine course, incorrect concepts regarding transmission, aspects of diagnosis and even cure of the disease remained in a significant percentage of the students at the end of the course, indicating that the topic was insufficiently addressed. This reality made the students apprehensive about assisting patients and family members. A study with Indian medical students showed similar deficiencies in knowledge,¹⁸ and similar findings with other students from the health area in and outside Brazil have been reported.¹⁹⁻²¹

Dermatology was a discipline that was important for theoretical and practical learning about leprosy; in contrast, the other disciplines showed limited input in addressing the topic. Although the participation of dermatologists in continuing education is highlighted,^{22,23} Opromolla, as early as 1988, emphasized the fact that leprosy is a disease with primary skin manifestations but of a systemic nature and a broad spectrum of clinical manifestations, which justifies it being taught in various modules of a medical course.²⁴ The high percentage of students who were unaware of the clinical aspects, epidemiology and strategies for treatment in primary health care shows that it

is important for the topic to be addressed in disciplines of the basic cycle as well as in those of the clinical cycle. It should be noted that the topic should also be addressed in public health disciplines, as it is a disease of mandatory notification, which requires integral assistance in primary health care.^{17,25}

The present trend for medical curricula to be guided by the prevalent nosology, with an emphasis on primary health care, is desirable. However, this could have a negative impact on leprosy instruction in low-prevalence areas due to the lack of patients, among other factors.²⁶ In locations such as that described in the present study, the possibility of contact with leprosy patients is greater in referral centers, where complicated cases predominate. This situation is not ideal for undergraduate instruction, but patients are referred to these centers by primary care doctors, and the difficulties in confirming the diagnosis represents a good learning experience. Additionally, referral centers have multidisciplinary teams, providing the student with an overview of how to approach various aspects of the disease, such as contact examination, treatment of the infection and reactions, and prevention of disabilities and rehabilitation, in addition to the need to approach the social aspects. At the medical school where the study was conducted, there is a state referral center for leprosy linked to the Dermatology Service. However, not all of the students participate in activities at this center. Thus, the practical instruction was insufficient during the course and did not include many of the students. Indeed, those who had an opportunity to participate in activities at the center were more confident in their capacity to attend a leprosy patient.

Regarding leprosy, primary health care must, more than ever, be articulated to other levels of the health system and must have the role of coordinating all efforts related to patient assistance and training of professionals.^{27,28} Only with such integrated functioning will it be possible to overcome the dilemma of leprosy instruction, not allowing it to displace more prevalent diseases but also not ignoring it, which could result in increased leprosy prevalence.

Another aspect studied was the students' attitudes toward leprosy. Although the name leprosy was changed to Hansen's Disease in Brazil, most of the students, including the freshmen, associated the two terms.²⁹ In practice, the term "leprosy" still makes it difficult for those affected and for the community in general to address the disease, as it is associated with physical deformities.³⁰

The knowledge acquired by the group of interns had a positive influence on decreasing such prejudiced attitudes. Informative activities, according to Feenstra, lead to increases in knowledge, changes in behavior and reduced stigma.¹²

Although most of the students (95.5%) reported being willing to attend leprosy patients after graduating, the percentage of those who would not do so increased at the end of the course. A lack of practical experience with complex diseases and choosing a medical specialty, with a lack of interest in anything that is not related to it, could determine this. However, less positive attitudes toward certain groups of patients and diseases during the Medicine course have been described and, in this case, could reflect a negative attitude toward the disease.³¹

Contemplation about leprosy instruction and its inclusion in the curricula of medical schools should be a continuous and mandatory exercise. Because leprosy is an important disease for public health, all doctors should graduate with basic knowledge about it. The present study pointed up students deficiency about this topic. Self-evaluation and the evaluation of services at health care facilities are essential for the identification of gaps in theoretical and practical knowledge and should guide continuing education with a joint commitment of medical schools and the health system.

REFERENCES

1. Lanza FM, Lana FCF. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm* 2011; 20: 238-246.
2. Penna MLF, Oliveira MLW, Carmo EH, Penna GO, Temporão JG. The influence of increased access to basic healthcare on the trends in Hansen's disease detection rate in Brazil from 1980 to 2006. *Rev Soc Bras Med Trop* 2008; 41: 6-10.
3. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA, Barata RB, Rodrigues LCI. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet* 2011; 377: 1877-1889.
4. Lana FCF, Davi RFL, Lanza FM, Amaral EP. Detecção da hanseníase e índice de desenvolvimento humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. *Rev Eletrônica Enferm* 2009; 11: 539-544.
5. Ignotti E, Paula RC. Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados 2001-2010. [cited 30/01/2013] Available at http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_9_saude_brasil_2010.pdf.
6. Saunderson P. Learning to manage leprosy after 2005: preserving critical knowledge and exploiting new technology. *Lepr Rev* 2005; 76: 2-4.

7. Penna ML, Temporão JG, Grossi MA, Penna GO. Leprosy control: knowledge shall not be neglected. *J Epidemiol Community Health* 2011; 65: 473-474.
8. Ebenso J. An overview of training and development needs. *Lepr Rev* 2012; 83: 127-128.
9. World Health Organization (WHO). Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire. Global leprosy situation, 2012. *Week Epidemiol Rec* 2012; 87: 317-328.
10. Alves CRP, Ribeiro MMF, Melo EM, Araújo MG. Ensino da hansenologia: desafios atuais. *An Bras Dermatol* 2014; 89: 454-459.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de S. Guia para o controle da hanseníase. Leprosy control guide. Série A Normas e Manuais Técnicos, 111. 2002; 89p.
12. Feenstra P. "Elimination" of leprosy and the need to sustain leprosy services, expectations, predictions and reality. *Inter J Lepr* 2003; 71: 248-256.
13. Bagade PL, Baliram B. Community participation in case detection of leprosy in Nagpur district of Maharashtra. *Indian J Lepr* 1999; 7: 465-469.
14. Brasil intensifica ações para eliminação da hanseníase. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/9086/162/brasil-reforca-acoes-para-eliminacao-da-hansenia.html>.
15. Oliveira SS, Guerreiro LB, Bonfim PM. Educação para a saúde: a doença Como conteúdo nas aulas de ciências. *Hist Cienc Saude Manguinhos* 2007; 14: 1313-1328.
16. Rajaratnam J, Abel R, Arumai M. Is knowledge of leprosy adequate among teachers? A comparative study. *Lepr Rev* 1999; 70: 28-33.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.95 de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência Saúde NOAS/SUS 01/2001. Ministério da Saúde, Brasília (DF), 2001.
18. Giri PA, Phalke DB, Aarif SMM. A study of knowledge, attitude and practices regarding leprosy among undergraduates and interns of a medical college and hospital from rural India. *Indian J Lepr* 2011; 83: 75-80.
19. Dias A, Cyrino EG, Lastória JC. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem de estudantes de fisioterapia sobre a hanseníase. *Hansen Int* 2007; 32: 9-18.
20. Silva MN, Nardi SMT, Abe PB. Terapia Ocupacional e hanseníase: ampliando conhecimentos. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. In: XII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional e IX Congresso Latino Americano de Terapia Ocupacional, 2011, São Paulo.
21. Kawuma HJS, Nabukenya-Mudiope MG. A study on inclusion of leprosy in the curricula of pre-service health training institutions in Uganda. *Lepr Rev* 2011; 82: 296-303.
22. Smith WCS, ILEP. A research strategy to develop new tools to prevent leprosy, improve patient care and reduce the consequences of leprosy. Five year leprosy research strategy approved by ILEP Board October 2011. *Lepr Rev* 2012; 83: 6-15.
23. Faye O, Hay RJ, Ryan TJ, Keita S, Traoré AK, Mahé A. A public health approach for leprosy detection based on a very short term-training of primary health care workers in basic dermatology. *Lepr Rev* 2007; 78: 11-16.
24. Opromolla DVA. O ensino da hansenologia nas faculdades. *Hansen Int* 1988; 13: 27-33.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 3.125 de 07 de outubro de 2010. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. [cited 12/01/2013]; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html.
26. Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES n° 1.133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. [Legislação na internet]. Brasília, 2001. [cited 12/01/2013]; Available from: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/113301_EnfMed-Nutr.pdf.
27. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 65.
28. Starfield B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Brasília, 2002.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 165, de 14 de maio de 1976. Instruções para execução das normas de controle da hanseníase, que estabelece a política de controle da hanseníase. Brasília, 1977.
30. Silva MC, Paz EPA. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. *Rev Enferm* 2010; 14: 223-229.
31. Griffith CH, Wilson JF. The loss of student idealism in the 3rd-year clinical clerkships. *Eval Health Prof* 2001; 24: 61-71.

CONTRIBUTIONS

CRPA contributed substantially to the conception, design, data acquisition, analysis, data interpretation, and drafting of the article, participated jointly with the other authors in the critical revision of the intellectual content, and approved the final version for publication. MGA, MMFR and EMM contributed substantially to the conception, design, analysis, data

interpretation, and drafting of the article, participated in the critical revision of the intellectual content, and approved the final version for publication

CONFLICTS OF INTEREST

All authors declare that the answer to the question on competing interest form are all 'No', and therefore have nothing to declare.

POSTAL ADDRESS

Av. Professor Alfredo Balena, 190 – sala 246
CEP 30130-100 – Belo Horizonte – MG
E-mail: cynthiarpalves@yahoo.com.br

Reações Adversas a Medicamentos e Farmacovigilância: Conhecimentos e Condutas de Profissionais de Saúde de um Hospital da Rede Sentinela

Pharmacovigilance: Professional Knowledge and Conduct at a Teaching Hospital

Ana Carolina Figueiredo Modesto^I
Tatyana Xavier Almeida Matteucci Ferreira^I
Mércia Pandolfo Provin^{II}
Rita Goreti Amaral^{II}
Dione Marçal Lima^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde;
- Farmacovigilância;
- Reações Adversas a Medicamentos;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Healthcare Knowledge;
- Attitudes, Practice;
- Pharmacovigilance;
- Adverse Drug Reaction Reporting Systems;
- Medical Education.

RESUMO

Introdução: As reações adversas a medicamentos são objeto de estudo da farmacovigilância, ciência que utiliza, sobretudo, as notificações espontâneas feitas por profissionais de saúde. Há dificuldade de reconhecimento dos profissionais quanto a sua importância na segurança do paciente. As causas da subnotificação são atribuídas a falta de conhecimentos, percepção e compreensão dos incidentes.

Objetivo: Identificar o conhecimento e as condutas dos profissionais de saúde de um hospital de ensino em relação às reações adversas a medicamentos e à farmacovigilância e se há associação com o seu perfil profissiográfico. **Métodos:** Estudo transversal, utilizando-se um instrumento validado que aborda questões sobre caracterização da população estudada, conhecimentos e condutas. **Resultados:** Os médicos demonstraram maior conhecimento sobre reações adversas a medicamentos, e os técnicos em enfermagem, menor. No entanto, o entendimento sobre farmacovigilância foi maior entre os farmacêuticos. O tempo de formação e atuação na instituição está associado ao conhecimento sobre as reações adversas a medicamentos. **Conclusão:** Os resultados deste estudo evidenciaram que a formação do profissional influencia seu conhecimento e condutas frente às reações adversas a medicamentos.

ABSTRACT

Introduction: Adverse Drug Reactions are studied by the science of pharmacovigilance, which makes particular use of spontaneous reports made by health professionals, although such professionals experience difficulties in recognizing adverse reactions and their importance in patient safety. The causes of underreporting are attributed to a lack of knowledge, awareness and understanding of incidents.

Objective: **Methods:** A cross-sectional study was conducted using a validated instrument in order to characterize the population under study, determining its knowledge and behaviors. **Results:** Doctors demonstrated a greater knowledge of adverse drug reactions than nursing technicians; however an understanding of pharmacovigilance was higher among pharmacists. The length of time spent in training and working in an institution were also associated with a knowledge of adverse drug reactions. **Conclusion:** The results of this study show that professional training influences knowledge and behaviors on adverse drug reactions.

Recebido em: 16/06/2015

Aprovado em: 04/04/2016

^I Hospital das Clínicas Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

^{II} Faculdade de Farmácia Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

INTRODUÇÃO

As reações adversas a medicamentos (RAM) são definidas como “qualquer resposta prejudicial ou indesejável e não intencional que ocorre com medicamentos em doses usualmente empregadas no homem para profilaxia, diagnóstico, tratamento de doença ou para modificação de funções fisiológicas”¹ (p.6).

As RAM figuram entre a quarta e a sexta causa de mortes nos Estados Unidos², e no Brasil os estudos sobre o tema ainda são escassos. Além dos danos causados aos pacientes, existem custos associados ao tratamento das RAM, sendo que o paciente necessita de cuidados adicionais que resultam em impacto ao sistema de saúde, com a média de US\$ 3.332 por paciente³.

Inúmeros fatores podem influenciar no aparecimento de RAM, tais como idade, sexo, gênero, comorbidades e uso concomitante de vários medicamentos, entre outros. Alguns influenciam o aparecimento de RAM de maneira mais direta, e outros de forma insidiosa. Uma atenção maior dos profissionais de saúde pode auxiliar na sua identificação e prevenção⁴.

As RAM são objeto de estudo da farmacovigilância (FV), ciência que surgiu da necessidade de uma monitorização mais intensiva dos medicamentos após sua entrada no mercado, entre outras atividades relativas à Segurança do Paciente (SP)⁵.

Entre os diversos métodos utilizados na FV destaca-se a notificação espontânea (NE), efetuada pelos profissionais de saúde que lidam diretamente com a prescrição, dispensação e administração de medicamentos. Esse sistema proporciona um recurso efetivo para a identificação precoce de RAM raras e inesperadas, gerando sinais de alerta para os órgãos regulatórios. No entanto, o desafio a ser vencido é a dificuldade dos profissionais em reconhecerem RAM e a importância de fazer a NE em sua rotina de trabalho. Estima-se que apenas 6% de todas as RAM sejam notificadas⁶.

As principais causas apontadas para a subnotificação são a falta de conhecimento sobre o que é uma RAM e seu impacto, a importância de notificar e como fazê-lo, a falta de tempo para preenchimento da documentação necessária, a falta de percepção e compreensão dos incidentes e o receio de punições⁷. Uma revisão sistemática demonstrou que os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das RAM e FV estão relacionados à prática de notificação⁸.

No contexto atual, a publicação da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), visa fortalecer a implementação do cuidado com os pacientes em todos os estabelecimentos de saúde⁹. Nesse sentido, a prática de notificação, que está contemplada entre as competências para a formação de profissionais voltados à segurança do paciente, deve ser encorajada entre os pro-

fissionais, uma vez que a capacidade de analisar, sistematizar e aprender com as experiências se relaciona estreitamente com a cultura de segurança que deve permear as instituições de saúde, em especial as que trabalham diretamente com a prática de formação de novos profissionais dessa área^{10,11,12}.

Este estudo identificou o conhecimento e as condutas dos profissionais de saúde de um hospital de ensino em relação às reações adversas a medicamentos e à farmacovigilância e se há associação com o seu perfil profissiográfico.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este foi um estudo transversal, desenvolvido com os profissionais de saúde de uma unidade de internação de clínica médica e no serviço de farmácia de um hospital de ensino, inserido na rede sentinela, localizado no município de Goiânia, em Goiás, com coleta de dados realizada de outubro de 2013 a janeiro de 2014.

Como critério de inclusão no estudo, estabeleceu-se a participação de profissionais que estavam diretamente relacionados aos processos de prescrição, dispensação e administração de medicamentos; seriam excluídos os profissionais que por motivo de férias ou licença de qualquer natureza não estavam exercendo suas atividades na clínica médica e serviço de farmácia durante o período da coleta de dados e aqueles que não se dispuseram a participar após terem sido contatados por três vezes consecutivas.

De uma população de 229 profissionais, inseridos na clínica médica e no serviço de farmácia, 121 foram considerados elegíveis para participar do estudo. Destes, 76 concordaram em participar e assinaram o TCLE. No entanto, 22 não devolveram o instrumento de coleta de dados preenchido após três tentativas durante um período de 30 dias e foram considerados como perdas amostrais. A amostra final foi constituída por 54 profissionais de saúde.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi adaptado de questionários empregados em pesquisas conduzidas com a mesma temática^{13,14,15}. O questionário era constituído por três seções: a primeira compreendeu a caracterização demográfica e profissiográfica dos profissionais de saúde; a segunda e terceira seções continham questões com o objetivo de avaliar os conhecimentos e as condutas dos participantes em relação às reações adversas a medicamentos e à farmacovigilância, respectivamente.

As variáveis utilizadas para a caracterização do perfil profissiográfico dos profissionais de saúde foram: categoria profissional, tempo de formação, tempo de atuação na instituição, trabalhar em outro local, carga horária semanal total de trabalho; para o perfil demográfico, foram utilizados sexo e idade.

Para verificar o nível de conhecimento dos profissionais em relação às reações adversas a medicamentos e farmacovigi-

lância, foram adotados os seguintes critérios: entendimento do conceito de reação adversa a medicamentos e farmacovigilância, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde^{1,16}; informações necessárias para efetuar uma notificação de reação adversa a medicamento, conforme orientações preconizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária¹⁷; quais reações adversas a medicamentos devem ser notificadas, bem como quais profissionais de saúde podem fazê-lo, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde¹⁸; e os conhecimentos institucionais acerca do local que pode atuar frente às suspeitas de reações adversas a medicamentos e da inserção da instituição num programa nacional de farmacovigilância.

As condutas dos profissionais em relação às RAM foram verificadas por meio de questões que abordaram o que o profissional costuma fazer quando se depara com um caso suspeito de RAM. Para os médicos, as condutas incluíam: suspender o medicamento; modificar a terapêutica; ajustar a dose; manter o medicamento e tratar sinais e sintomas; não tomar nenhuma atitude. Para os enfermeiros e farmacêuticos, as condutas incluíam: registrar no prontuário e/ou comunicar ao médico; comunicar ao médico e suspender o medicamento; não tomar nenhuma atitude.

A análise estatística foi realizada de forma descritiva e também por meio do Teste Exato de Fischer e Regressão Logística. Os resultados foram apresentados por meio de frequência absoluta e relativa para a avaliação do perfil profissiográfico. Utilizou-se o Teste de Fischer e Regressão Logística para verificar se havia associação entre os conhecimentos e condutas dos profissionais de saúde em relação às RAM e à FV com seu perfil profissiográfico.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, conforme protocolo n° 331.185, de 10 de julho de 2013.

RESULTADOS

Participaram do estudo 54 profissionais de saúde das áreas de Medicina, Enfermagem, Farmácia e técnico em enfermagem. Observou-se que 79,6% (n = 43) eram profissionais do sexo feminino e 33,4% (n = 18) eram jovens, cuja faixa etária variou de 23 a 30 anos.

A Tabela 1 indica que, entre as categorias de profissionais, a maior participação foi dos técnicos em enfermagem, com 35,2% (n = 19). Quase a metade dos participantes referiram um tempo inferior ou igual a cinco anos tanto para a conclusão do curso de formação, quanto para atuação deles na instituição, com 46,3% (n = 25) e 48,1% (n = 26), respectivamente. Mais da metade dos profissionais (57,4%) declararam ter carga horária semanal total superior a 40 horas.

TABELA 1
Perfil profissiográfico dos profissionais de saúde inseridos no estudo. Goiás, Brasil, 2014 (n = 54), Goiânia, 2014

Variáveis	n	%
Categoria profissional		
Enfermeiro	8	14,8
Farmacêutico	11	20,4
Médico	16	29,6
Técnico em enfermagem	19	35,2
Tempo de conclusão do curso de formação		
≤ 5 anos	25	46,3
Entre 6 e 15 anos	20	37,0
Entre 16 e 25 anos	06	11,1
≥ 26 anos	3	5,6
Tempo de atuação na instituição		
≤ 5 anos	26	48,1
Entre 6 e 15 anos	21	38,9
Entre 16 e 25 anos	7	13,0
≥ 26 anos	0	0,0
Carga horária semanal (incluindo todos os vínculos)		
≤ 30 horas	17	31,4
Entre 31 e 40 horas	3	5,5
Entre 41 e 60 horas	31	57,4
≥ 60 horas	3	5,5

Os resultados referentes ao conhecimento sobre RAM e FV estão apresentados na Tabela 2. Em relação ao conhecimento sobre as RAM, 46,2% dos participantes responderam corretamente. Os profissionais médicos apresentaram maior conhecimento sobre RAM quando comparados aos demais profissionais de saúde (p = 0,00).

Quanto à compreensão sobre FV, 35,2% dos profissionais mostraram conhecimento sobre o conceito. Os farmacêuticos obtiveram o maior índice de acerto, com 47,3% relacionados a esta questão, e este índice mostrou-se significativo em relação ao conhecimento demonstrado pelas demais categorias profissionais (p = 0,00). O menor índice de acerto foi demonstrado pelos médicos (p = 0,01), dos quais apenas dois profissionais souberam responder corretamente.

Sobre o local da instituição que atua frente às suspeitas de RAM, bem como sobre a inserção da instituição num programa de FV, os farmacêuticos apresentaram maior conhecimento quando comparados com as demais categorias profissionais (p = 0,00). Os médicos foram os que demonstraram menor conhecimento acerca da inserção desta instituição em algum programa de farmacovigilância (p = 0,00) (Tabela 2).

Observou-se associação entre tempo de trabalho do profissional na instituição e maior conhecimento sobre as RAM (p < 0,01), conforme demonstrado no Gráfico 1. Igualmen-

TABELA 2
Conhecimentos dos profissionais de saúde em relação às reações adversas a medicamentos e farmacovigilância, Goiânia, 2014

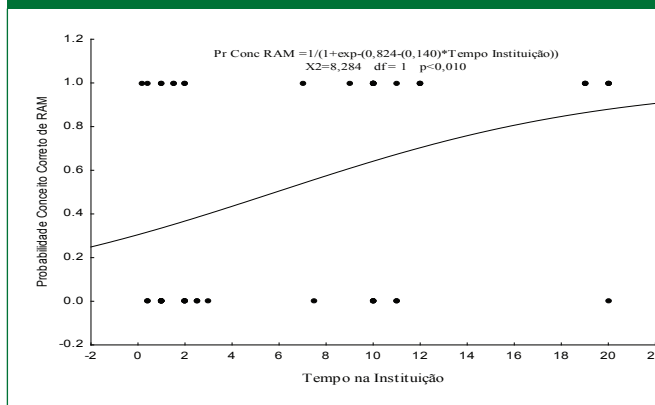
	Enfermeiro		Farmacêutico		Médico		Técnico em enfermagem		Total
	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)
Conceito de RAM	4 (16,7)	0,55	5 (20,8)	0,61	12 (50,0)	0,00*	3 (12,5)	0,00*	24 (100)
Conceito de FV	3 (15,8)	0,60	9 (47,3)	0,00*	2 (10,5)	0,01*	5 (26,4)	0,28	19 (100)
Setor responsável pela atuação frente a RAM	0 (0,0)	0,36	5 (83,3)	0,00*	0 (0,0)	0,16	1 (16,7)	0,40	6 (100)
Inserção da instituição em programa de FV	5 (23,8)	0,23	10 (47,6)	0,00*	0 (0,0)	0,00*	6 (28,6)	0,30	21 (100)

*Teste de Fischer

te, houve associação entre tempo de conclusão do curso de formação dos participantes e conhecimento sobre RAM ($p < 0,01$) (Gráfico 2), sendo evidenciado que, quanto mais tempo o profissional de saúde tem de conclusão de sua formação e mais tempo de exercício profissional na instituição, maior seu conhecimento sobre RAM.

rados às demais categorias profissionais. Entretanto, quando questionados sobre como fazê-lo, apenas um farmacêutico fez menção correta do processo a ser percorrido para elaborar a notificação de uma RAM.

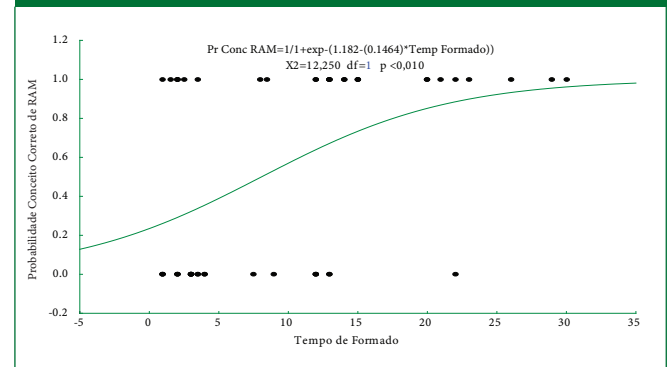
GRÁFICO 1
Probabilidade de conhecimentos sobre reação adversa a medicamento em relação ao tempo de trabalho na instituição em anos



Não se observou associação entre conhecimento das atividades de FV e tempo de formação dos participantes, bem como tempo em que trabalham na instituição.

Em relação à conduta dos profissionais de saúde frente à RAM, observou-se que 53,7% ($n = 29$) deles relataram ter conhecimentos sobre as informações necessárias para efetuar uma notificação de RAM no caso de se depararem com uma situação suspeita. Destes, os médicos foram os que mais informaram ter este conhecimento (55,1%, $n=16$) quando compa-

GRÁFICO 2
Probabilidade de respostas corretas sobre reação adversa a medicamentos em relação ao tempo de formado do profissional em anos



Na avaliação sobre quais RAM devem ser preferencialmente notificadas, 69,8% ($n = 37$) dos participantes informaram possuir este conhecimento; quanto a quais profissionais de saúde compete esta notificação de suspeitas de RAM, 94,4% ($n = 51$) dos participantes souberam identificá-los corretamente.

Acerca das condutas dos participantes do estudo na prática diária de acompanhamento dos pacientes em uso de medicamentos, observou-se que 74,1% ($n = 40$) declararam que ocasionalmente ou raramente se depararam com casos suspeitos de RAM no último ano, e 70,4% relataram que sempre ou comumente questionam os pacientes sobre sinais e sintomas

relacionados ao uso de medicamentos. Os técnicos em enfermagem foram a categoria que mais relatou esta atitude frente ao cuidado com os pacientes, com frequência de 39,5% (n = 15).

No que tange às dificuldades enfrentadas com relação à identificação de RAM, 52,4% (n=44) relataram que o esquema terapêutico com administração simultânea de vários fármacos confunde o profissional e dificulta a identificação da RAM.

Os principais obstáculos que os profissionais de saúde relataram enfrentar para a realização das NE de RAM foram acúmulo de trabalho (34%) e incerteza sobre o diagnóstico (29,8%).

Os profissionais enfermeiros e farmacêuticos relataram que suas principais atitudes frente à suspeita de uma RAM são comunicar ao profissional médico e registrar a suspeita no prontuário do paciente; já os profissionais médicos relataram que a principal conduta adotada é suspender o uso do medicamento suspeito em 86,7% (n = 13) das vezes.

Em relação à conduta adotada frente à segurança do paciente, foi observado que o fato de ter conhecimento sobre RAM não influencia as atitudes adotadas pelos profissionais enfermeiros e farmacêuticos (Tabela 3). No entanto, observou-se associação entre a conduta do médico de suspender o uso do medicamento suspeito e seu conhecimento sobre RAM (p = 0,00).

TABELA 3			
Associação entre o conhecimento das RAM demonstrado pelo profissional médico e suas condutas práticas frente a RAM, Goiânia, 2014			
Condutas práticas	Conhecimento de RAM pelos profissionais médicos		
	n	%	P
Suspende o medicamento	10	100,0	0,00*
Muda a terapêutica medicamentosa	2	100,0	0,62*
Ajusta a dose	0	0	–
Mantém o medicamento trata sinais e sintomas	0	0	–
Não toma nenhuma atitude	0	0	–

*Teste de Fischer

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo sugerem que o conhecimento e as condutas acerca das RAM e FV estão associados à formação das diferentes categorias profissionais.

A compreensão sobre o conceito de RAM, embora superior à encontrada em outro estudo¹³, é baixa: pouco menos da metade dos entrevistados possuíam conhecimento básico

sobre o tema. Entre as categorias profissionais, o médico foi quem apresentou maior conhecimento sobre as RAM, o que corrobora os achados de outros estudos similares^{13,19,20}. Pode-se inferir que isto se deve à vivência diária deste profissional com o paciente, tendo no medicamento a principal ferramenta empregada como forma de tratamento no ambiente hospitalar²¹. Um médico forma suas competências para o cuidado com os pacientes aliando a teoria à prática, e nesse processo o internato e os estágios desempenham papel de grande importância, visto que possibilitam ao aluno a aplicação dos conhecimentos adquiridos, a incorporação de conhecimentos e a promoção do desenvolvimento de novas habilidades e atitudes que serão importantes para o seu futuro profissional^{22,23}. Alguns estudos reportam uma taxa³ 30% de pacientes que sofrem algum tipo de RAM durante o seu tempo de internação². Este fato, aliado à maior vivência deste profissional com o paciente e o medicamento durante o processo de formação desse profissional, pode torná-lo mais hábil a compreender e identificar as RAM.

A conduta do profissional médico de suspender o medicamento frente à suspeita de RAM é reportada em outro estudo em que em 83,6% dos casos esta foi a primeira atitude frente a um caso suspeito¹⁴, sendo considerada a conduta mais segura a adotar²⁴. A suspensão de medicamentos é um rastreador de ocorrência de RAM, e essa associação do conhecimento influenciando diretamente a conduta adotada corrobora o fato de que a formação dessa categoria profissional se dá por meio de atividades práticas, geralmente sob supervisão de professor e/ou supervisor com experiência e vivência práticas, o que pode influenciar as condutas desses profissionais em formação²³. Por outro lado, o profissional da área de enfermagem, que é parte importante da força de trabalho em ambiente hospitalar, além de ser responsável pelo preparo e administração de medicamentos, por ser o principal elo entre a equipe de saúde e o paciente, tem condições de comunicar ao médico assistente qualquer caso suspeito de RAM, e outros estudos corroboram essa conduta tomada pelo profissional de enfermagem^{13,14,25}.

No entanto, isto parece não ser suficiente para esse tipo de competência, pois, embora o enfermeiro e o técnico em enfermagem também possuam uma vivência intensa com os pacientes tanto durante sua formação quanto no exercício de suas atividades profissionais, o seu conhecimento sobre RAM foi baixo. A rigor, outras lacunas no processo de formação desses profissionais nessa área^{18,19} poderiam explicar este fato, tais como dificuldades na incorporação das propostas contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que versam sobre aquisição, desenvolvimento e avaliação das competências

e habilidades necessárias ao desenvolvimento das atividades práticas desses profissionais^{26,27}.

O pouco conhecimento sobre RAM pôde ser percebido por meio da dificuldade dos profissionais em reconhecer o local apropriado, seja em nível institucional ou nacional, para receber e processar as notificações de RAM, bem como as informações necessárias para preencher o formulário de notificação^{12,28}. Ainda que este conhecimento seja baixo^{29,30}, muitos profissionais reconhecem a necessidade de notificar todos os casos suspeitos de RAM, bem como a aptidão de qualquer profissional de saúde que trabalha diretamente na assistência para fazê-lo^{17,31}.

Lacunas de conhecimento, pacientes necessitando de cuidados cada vez mais complexos e estrutura organizacional inadequada às atividades de notificação são dificuldades enfrentadas por parte dos profissionais de saúde no cotidiano das instituições de saúde. Sabe-se que 95% das RAM manifestadas pelos pacientes ocorrem especialmente entre os que utilizam mais de cinco medicamentos, e esse perfil de paciente é comumente encontrado nas instituições hospitalares, visto que a média de medicamentos prescritos é de 5,8 por paciente, por dia^{19,32,33}. Essas dificuldades podem ainda ser explicadas pelo fato de que existe uma complexa rede de variáveis consideradas como fatores desencadeantes de RAM no ambiente hospitalar; e a associação destes eventos com o conteúdo teórico abordado nos cursos de graduação em saúde pode não ter sido feita durante o processo de formação desse profissional, dificultando sua identificação e, em consequência disso, a notificação^{34,35}. Há que se considerar ainda que a falta de recursos humanos sobrecarrega os profissionais em exercício, e, muitas vezes, o tempo que seria despendido nas atividades de notificação é voltado unicamente às atividades assistenciais que tais profissionais desempenham em suas diversas áreas de atuação³⁶.

Estudos evidenciam a associação entre conhecimento dos profissionais de saúde e baixo índice de notificações de RAM, mostrando a importância da educação com a finalidade de promover o conhecimento e gerar mudanças de paradigmas nas atitudes desses profissionais frente às notificações, fazendo com que estes compreendam que tais atividades fazem parte de suas atribuições, além de serem importantes para a segurança dos pacientes sob seus cuidados^{7,30}.

Diversos estudos têm mostrado a importância de estratégias educativas para o aumento das notificações de suspeitas de RAM nas instituições de saúde como parte de estratégias de educação permanente. Além disso, no presente estudo, foi evidenciada maior habilidade dos profissionais com maior vivência prática em conhecer as RAM^{29,37}. No entanto, para que os profissionais recém-egressos dos cursos de graduação

em saúde demonstrem conhecimentos satisfatórios acerca das RAM, é necessária uma reorganização na estrutura curricular dos cursos de modo a promover maior aproximação entre os estudantes e os cenários de prática, colocando em prática o currículo integrado. Desta forma, as instituições de saúde proporcionarão aos estudantes a articulação dos conteúdos abordados com sua aplicação prática, favorecendo uma aprendizagem significativa^{38,39,40}.

Aliado ao baixo domínio conceitual, observou-se que mesmo aqueles que sabem o que é RAM não associaram sua ocorrência ao escopo das atividades da FV. Essa dissociação pode ser explicada pelo fato de que os profissionais de saúde desconhecem os conceitos e processos relativos às atividades de FV, entre os quais se inclui o preenchimento dos formulários de notificação²⁹. Outros estudos mostraram que muitos profissionais não aderem aos programas de FV por acreditarem que os medicamentos utilizados na prática já foram devidamente testados em estudos clínicos e pré-clínicos e são totalmente seguros, além de desconhecem a existência de sistemas de notificação, como evidenciado anteriormente⁴¹.

Essa dissociação da prática de notificação de RAM das atividades de FV demonstrada pelos médicos não foi observada entre os farmacêuticos, visto que essa categoria profissional, além de possuir extensa formação em farmacologia e toxicologia, relaciona a notificação de RAM como parte de suas obrigações profissionais, e existe ainda o fato de que notificações em âmbito hospitalar são comumente gerenciadas por esses profissionais^{7,27}. Esses achados ainda podem ser vistos como um reflexo da formação dos profissionais de saúde no contexto do modelo biomédico, no qual, da mesma forma que esses profissionais enxergam os pacientes como partes de um todo, o mesmo pode ser feito com a FV, que não é encarada como ciência que se ocupa da monitorização e investigação da segurança dos medicamentos, que deve estar presente em todos os níveis de cuidado³⁸.

O hiato entre o saber e o fazer pode ser reflexo do distanciamento entre a teoria e a prática vivenciado nas instituições de saúde brasileiras. Um estudo conduzido com alunos de graduação de Medicina e Enfermagem em universidade pública de São Paulo mostrou que quase a totalidade dos alunos (91,6%) relatou que existe uma grande diferença entre o que os profissionais de saúde sabem e o que de fato é observado no dia a dia da assistência, e esse resultado pode estar associado com a dificuldade de assimilação dos conteúdos teóricos, pela inexistência de correlação destes com a prática³⁵.

A predominância de profissionais do sexo feminino no presente estudo também foi identificada por outros autores em pesquisas conduzidas em hospitais de ensino^{13,31}. Estudos

têm demonstrado que as mulheres representam maior número em acesso às universidades e formação superior especialmente nos cursos da área da saúde, o que pode ser evidenciado pela mudança no perfil dos egressos do curso de Medicina, onde o número de mulheres tem aumentado significativamente nas últimas décadas^{42,43,44}. A maior prevalência encontrada no presente estudo pode estar relacionada também a maior porcentagem de participantes da área de formação técnica e superior da área de Enfermagem, onde a grande maioria é representada por indivíduos do sexo feminino^{45,46}.

A predominância de profissionais com faixa etária mais jovem e com pouco tempo de conclusão do curso de formação, no presente estudo, contrasta com os resultados encontrados por outros autores em pesquisas conduzidas em hospitais^{13,47}. Essas diferenças apontadas possivelmente ocorreram pelo fato de que o presente estudo foi conduzido num hospital de ensino, onde são encontrados vários profissionais que ainda se encontram em processo de formação, como nos programas de residência multiprofissional e médica, recém-egressos de cursos de graduação da área da saúde.

A maior representatividade de profissionais da área de Enfermagem pode ser justificada pelo fato de que a equipe de enfermagem é encontrada em maior número nos estudos de serviços hospitalares, onde comumente ocupam importante espaço no grupo de recursos humanos⁴⁸. Este resultado também foi verificado em outro estudo realizado com a população presente no ambiente hospitalar⁸.

A FV é uma ciência consolidada em países desenvolvidos, que inclui aspectos relativos à segurança do paciente. Nas instituições de saúde, ainda é incipiente em países da América Latina, incluindo o Brasil, que dispõe de legislações que regulamentam essas atividades. A notificação, não só de RAM, mas de qualquer Evento Adverso (EA) passou a ser compulsória em estabelecimentos de saúde de todo o território nacional após a publicação da portaria que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)^{9,29}.

As notificações, como principal método utilizado na FV, ainda desempenham importante papel no processo de mudança do paradigma da cultura punitiva, ainda presente nas instituições de saúde, para a cultura de segurança, na qual os profissionais de saúde são estimulados a relatar incidentes decorrentes da prática assistencial com o objetivo de refletir e aprender com eles⁴⁹.

Há um caminho longo a percorrer, mas sem volta, e há que se refletir que as competências do profissional de saúde relacionadas às atividades de FV devem ser construídas no decorrer da sua formação e consolidadas na prática profissional, uma vez que os conhecimentos e habilidades adquiridos du-

rante a graduação se complementam com as atitudes práticas requeridas durante os estágios, bem como na vivência diária. É necessário reconhecer essas fragilidades e trabalhar no sentido de seguir rumo a uma profunda reorientação nos processos de ensino-aprendizagem voltados à segurança dos pacientes nas instituições^{12,50}.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo demonstram que existe uma lacuna entre o conhecimento teórico apreendido pelos profissionais de saúde no decorrer dos cursos de formação, sejam estes de nível médio ou superior, e as atitudes práticas, materializadas pela falta de reconhecimento da importância da identificação das RAM experimentadas pelos pacientes e sua notificação aos órgãos regulatórios com vistas a promover uma utilização segura e racional dos medicamentos, uma vez que estes constituem a principal ferramenta terapêutica utilizada nas instituições de saúde.

O fato de os profissionais médicos e farmacêuticos terem demonstrado conhecimentos somente no âmbito de suas áreas específicas reflete a necessidade de estímulo ao trabalho interdisciplinar e multiprofissional, para que cada um, na sua área, possa contribuir para a construção de uma rede colaborativa para a promoção de uma vigilância ativa da segurança dos medicamentos.

Preocupa o fato de os profissionais da área técnica em enfermagem, que constituem a grande maioria no âmbito das instituições de saúde, contribuindo com a primeira linha de cuidado junto aos pacientes, terem demonstrado tão pouco conhecimento acerca das RAM e sua importância para a segurança dos pacientes.

Os resultados deste estudo poderão contribuir com subsídios para o planejamento de estratégias de sensibilização a respeito da importância das atividades de FV para a identificação das RAM e a promoção do uso racional de medicamentos voltados ao cuidado do paciente.

Outras estratégias devem ser discutidas, e todas as instituições formadoras de recursos humanos para a saúde devem repensar seus currículos e promover maior integração ensino-serviço. Por outro lado, as instituições de saúde devem investir em estratégias educativas dos profissionais inseridos no mercado de trabalho para a preparação de profissionais aptos para identificação de situações de risco, discussão de condutas em equipe, notificação de incidentes, entre outras, que são necessárias à consolidação da cultura de segurança que deve permear as instituições de saúde, especialmente as formadoras de recursos humanos para a saúde, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Segurança dos medicamentos: um guia para detectar e notificações de reações adversas a medicamentos. Por que os profissionais de saúde precisam entrar em ação. Organização Mundial de Saúde [on line]. 2005. [capturado 10 out. 2014]; 18. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/site/index/library/id/55>.
2. Beijer HJ, Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions: a meta-analysis of observational studies. *Pharm World Sci*. 2002;24(2):46–54.
3. Vallano FA, Agustí EA, Pedrós XC, Arnau BJM. Systematic review of studies assessing the cost of adverse drug reactions. *Gac Sanit* [on line]. 2012. 26(3) [capturado 01 out. 2014]; 277–83. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22152925>.
4. Alomar MJ. Factors affecting the development of adverse drug reactions. *Saudi Pharm J* [on line]. 2014. 22(2) [capturado 01 out. 2014];83–94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsps.2013.02.003>.
5. Varallo FR, Mastroianni PC. Farmacovigilância:avaliação do risco/benefício para a promoção do uso seguro de medicamentos. In: Mastroianni PC, Varallo FR, org. Farmacovigilância para promoção do uso correto de medicamentos. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 13-26.
6. Hazell L, Shakir SA. Under-reporting of adverse drug reactions: a systematic review. *Drug Saf*. 2006;29(5):385–96.
7. Primo LP, Capucho helaine C. Intervenções educativas para estímulo a notificações voluntárias em um hospital de ensino da rede sentinela. *Rev Bras Farmácia Hosp e Serviços Saúde*. 2011;2(2):26–30.
8. Lopez-Gonzales E, Herdeiro MT, Figueiras A. Determinants of under-reporting of adverse drug reactions: a systematic review. *Drug Saf*. 2009;32(1):19-31.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2 abr. 2013; Seção 1, p. 43.
10. Reis T. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Cien Saude Colet*. 2013;18(7):2029–36.
11. Corbellini VL, Schilling MCL, Frantz SF, Godinho TG, Urbanetto J de S. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [on line].2011. [capturado 27 nov. 2014];64(2):241–7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
12. Urbanetto JDS, Gerhardt LM. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa. *Rev Gaúcha Enferm* [capturado 01 out. 2014]. 2013;34(3):8–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472013000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
13. Pinheiro HCG, Vera Lúcia EP. Reações adversas a medicamentos : conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em um hospital- sentinela de ensino do Ceará-Brasil. 2008. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2011;20(1):57–64.
14. Salviano LHMS, Luiza VL, Ponciano AMDS. Percepção e condutas de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca de reações adversas a medicamentos. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2011 Mar;20(1):47–56.
15. Carvalho JP. Estratégias para a elaboração do plano de farmacovigilância considerando o conhecimento e opinião dos profissionais de uma indústria pública. Rio de Janeiro; 2011. Mestrado [Dissertação] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
16. Organização Pan-Americana da Saúde. A importância da farmacovigilância. Monitorização da segurança dos medicamentos [on line].2005.[capturado 10 out. 2014];48.Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/importancia.pdf>.
17. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária-Manual do usuário; Anexo 3-Formulário para Notificação de Eventos Adversos à Medicamento-Profissional da Saúde [on line]. 2011; [capturado 10 out. 2014];39. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/manual/ea_medimento_profissional.pdf.
18. Organisation Mondiale de la Santé. Surveillance de la sécurité d’emploi des médicaments.Uppsala, 2000. (Relatório)
19. Rehan HS, Sah RK, Chopra D. Comparison of knowledge, attitude and practices of resident doctors and nurses on adverse drug reaction monitoring and reporting in a tertiary care hospital. *Indian J Pharmacol*. 2014;44(6):699–703.
20. Rehan HS, Chopra D, Sah RK, Mishra R. Adverse Drug Reactions : Trends in a Tertiary Care Hospital. *Curr Drug Saf*. 2012;7:384–8.
21. Pirmohammed M, Meakin JM. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18.820 patients. *Br Med J*. 2004;24:46–54.
22. Franco CAGS, Cubas MR, Franco RS. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(2):221–30.
23. Campos MCG, Senger MH. Avaliação do estágio de urgências clínicas em uma unidade de pronto atendimento

- to sob a perspectiva dos alunos. *Rev Bras Educ Med*. 2011;38(1):103–12.
24. Edwards IR, Aronson JK. Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. *Lancet*. 2000; 356(7): 1255–9.
25. Telles Filho PCP, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros. *Rev Lat Am Enferm*. 2004;12(3):533–40.
26. Marran AL, Lima PG, Bagnato MHS. As políticas educacionais e o estágio curricular supervisionado no curso de graduação em enfermagem. *Trab Educ e Saúde*. 2015;13(1):89–108.
27. Colenci R, Berti W. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. *Rev da Esc Enferm*. 2012;46(1):158–66.
28. Ahmad A, Patel I, Balkrishnan, Mohanta, G P, Manna PK. An evaluation of knowledge, attitude and practice of Indian pharmacists towards adverse drug reaction reporting: A pilot study. *Perspect Clin Res*. 2013;4(4):204–10.
29. Varallo FR, Guimarães SDOP, Abjaude SAR, Mastroianni PDC. Causes for the underreporting of adverse drug events by health professionals: a systematic review. *Rev da Esc Enferm da USP* [on line]. 2014;48(4):739–47.[capturado 01 out. 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342014000400739&lng=en&nrm=iso&tlng=en
30. Oshikoya KA, Awobusuyi JO. Perceptions of doctors to adverse drug reaction reporting in a teaching hospital in Lagos, Nigeria. *BMC Clin Pharmacol*. 2009;9(14):1–8.
31. Palaian S, Ibrahim MI, Mishra P. Health professionals' knowledge, attitude and practices towards pharmacovigilance in Nepal. *Pharm Pract*. 2011;9(4):228–35.
32. Néri EDR, Gadelha PGC, Maia SG, Pereira AG da S, Almeida PC, Rodrigues CRM, et al. Erros de prescrição de medicamentos em um hospital brasileiro. *Rev Assoc Médica Bras*. 2011;57(3):306–14.
33. Araújo PTB, Uchôa SAC. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. *Cien Saude Colet*. 2011;16(Suplemento 1):1107–14.
34. Ferner RE, Aronson J. Preventability of drug-related harms Part I: A Systematic Review. *Drug Saf*. 2010;33(11):985–94.
35. Yoshikawa JM, Sousa BEC, Peterlini MAS, Kushara DM, Pedreira MLG, Avelar AFM. Compreensão de alunos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(1):21–9.
36. Sodré F, Littike D, Drago LMB, Perim MCM. Empresa brasileira de serviços hospitalares: um novo modelo de gestão? *Serviço Soc e Soc*. 2013;2(114):365–80.
37. Pagotto C, Varallo F, Mastroianni P. Impact of educational interventions on adverse drug events reporting. *Int J Technol Assess Health Care* [on line]. 2013 Oct [Capturado 27 nov. 2014];29(4):410–7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24290334>.
38. Araújo D, Miranda MCG, Brasil S. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007;38(4):511–7.
39. Cotta RMM, Reis RS, Campos AA de O, Gomes AP, Antonio VE, Siqueira-Batista R. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? *Cien Saude Colet*. 2013;18(1):171–9.
40. Almeida MM, Moraes RP, Guimarães DF, Machado MFAS, Nuto SAS. Experiência do Pró-Saúde Unifor e Seus Nove Cursos de Graduação. *Rev Bras Educ Med*. 2010;36(1):119–26.
41. Khalili H, Mohebbi N, Hendoiee N, Keshtkar A. Improvement of knowledge, attitude and perception of health-care workers about Adverse Drug Reactions, a pre-and post-clinical pharmacists' interventional study. *Br Med J*. 2012;2(10):1–5.
42. Castellanos MEP, Fagundes T de LQ, Nunes TCM, Gil CRR, Pinto ICM, Belisário SA, Viana SV, Correa, GT, Aguiar, RAT. Estudantes de graduação em saúde coletiva—perfil sociodemográfico e motivações. *Ciência*. 2013;18(6):1657–66.
43. Ávila RC. Formação das Mulheres nas Escolas de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(1):142–9.
44. John LJ, Arifulla M, Cheriathu JJ, Sreedharan J. Reporting of adverse drug reactions: an exploratory study among nurses in a teaching hospital, Ajman, United Arab Emirates. *DARU J Pharm Sci*. 2012;20(1):1–6.
45. Alves PC, Neves VF, Ferreira M, Coleta D. Avaliação do bem-estar no trabalho entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário. *Rev Lat Am Enferm*. 2012;20(4):1–8.
46. Dos Santos Pernas SI, Herdeiro MT, Lopez-Gonzalez E, da Cruz e Silva OB, Figueiras A. Attitudes of Portuguese health professionals toward adverse drug reaction reporting. *Int J Clin Pharm* [on line]. 2012. 34(5) [capturado em 1 oct. 2014];693–8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22936287>.
47. Almeida ML, Segui MLH, Bernardino E, Méier MJ, Peres AM. Direção ou Coordenação? Repensando a representatividade institucional da Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(3):521–6.
48. Alshakka MA, Izham M, Ibrahim M, Azmi M, Hassali A. Do Health Professionals have Positive Perception Towards

Consumer Reporting of Adverse Drug Reactions? J Clin Diagnostic Res. 2013;7(10):2181-5.

49. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SH de B. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. Rev Gauch Enferm. 2013;34(1):164-72.

50. Rosa K, Beatriz S, Krug F, Garcia EL. Práticas interdisciplinares no programa de educação pelo trabalho para a saúde e vigilância em saúde : contribuições para a formação do profissional farmacêutico. Rev Epidemiol e Control infecção. 2014;4(4):2-5.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ana Carolina Figueiredo Modesto: elaboração do projeto, coleta de dados, análise de dados e redação do artigo. Tatyana Xavier Almeida Matteucci Ferreira: elaboração do projeto, análise de dados e redação do artigo. Mércia Pandolfo Provin, Rita Goreti Amaral e Dione Marçal Lima: elaboração do projeto; redação do artigo e revisão final do texto.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Carolina Figueiredo Modesto

Primeira Avenida, s/n

Bairro: Setor Leste Universitário – Goiânia

CEP: 75.605-020 GO

E-mail: farmcarolina@gmail.com

Avaliação das Práticas de Higienização por Estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Brasil) durante Atendimento Clínico

Assessment of Hygiene Practices Employed by Medical Students at the Federal University of Bahia (Brazil) during Clinical Service

Marcella Santana-Caires¹
José Tavares-Neto¹
Paula Amaral-Muniz¹
Valdemiro Silva-Filho¹
Andréa Canário de Santana¹

PALAVRAS-CHAVE

- Desinfecção das Mãos;
- Assepsia;
- Infecção Hospitalar;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Hand Disinfection;
- Asepsis;
- Cross Infection;
- Medical Education.

Recebido em: 22/03/2015

Aprovado em: 11/04/2016

RESUMO

A adesão às normas de higienização é um aspecto importante na prática clínico-hospitalar dos profissionais de saúde. Este estudo avaliou a conduta de 160 estudantes de Medicina do Internato da Faculdade de Medicina da Bahia, da Universidade Federal da Bahia, por meio de um questionário com 22 questões objetivas. Dos 160 questionários incluídos na pesquisa, 76% dos entrevistados autoavaliaram seu conhecimento sobre as normas de higienização como “excelente” e “bom”; contudo, apenas 50% realizam a higienização das mãos antes e após contato com o paciente. Cerca de 55% não concordam com a criação de um novo componente curricular específico para essa temática. As características demográficas da amostra foram diferentes quanto ao sexo em relação a outros estudos, prevalecendo no presente estudo o sexo masculino e faixa etária de 20 a 40 anos. Observam-se resultados divergentes quanto ao conhecimento dos estudantes sobre as normas de higiene e à sua conduta na prática médica. Alguns fatores que levam à não adesão à técnica asséptica pelos estudantes são a abordagem teórica sobre higienização e biossegurança em período diferente do da prática, falta de fiscalização, carência de insumos e materiais, e má conduta de alguns profissionais de saúde.

ABSTRACT

Adherence to hygiene standards is an important aspect of health professionals' clinical and hospital practice. In this study, we evaluated the behavior of 160 students completing a medical internship at the Faculty of Medicine of Bahia of the Federal University of Bahia, by means of a questionnaire containing 22 objective questions. Of the 160 participants in the survey, 76% assessed their own knowledge of hygiene standards as “excellent” or “good”; however only 50% performed hand hygiene before and after patient contact. Around 55% did not agree with the suggestion of creating a new specific curricular component on the theme. The demographic characteristics of the sample varied in gender in terms of other studies, with a prevalence of male students and an age range of 20-40. We observed divergent results regarding the students' knowledge of the hygiene standards and their conduct thereof in medical practice. Several factors leading to the students' failure to undertake aseptic practice are the fact that the theory of Hygiene and Biosafety is taught at a different time to its practice, as well as the lack of supervision, lack of supplies and materials and misconduct on the part of some health professionals.

INTRODUÇÃO

A Portaria nº 2.616/1998 do Ministério da Saúde define infecção hospitalar como aquela que é adquirida após admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, estando relacionada com o internamento ou com os procedimentos hospitalares realizados. Contudo, a prevenção e o controle das infecções nosocomiais ainda estão entre os problemas que mais crescem no Brasil, ocasionando gastos exorbitantes, pois o valor despendido em pacientes com infecção é cerca de três vezes maior em relação aos pacientes sem infecção^{1,2}.

A maioria das infecções hospitalares se deve à resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, como ocorre, por exemplo, com o *S. aureus* e o *S. Epidermidis*, resistentes à oxacilina/meticilina; o *Enterococcus spp.*, resistente à vancomicina; as *Enterobacteriaceae*, resistentes às cefalosporinas de terceira geração; a *P. aeruginosa*, resistente aos carbapenêmicos. Esses registros são extremamente comuns em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e estão relacionados a inúmeros fatores, tais como presença de pacientes em estado grave; duração prolongada de internamento; excesso de procedimentos invasivos realizados; e maior uso de antimicrobianos^{3,4}.

A técnica asséptica pode ser classificada como cirúrgica ou clínica e tem por objetivo o controle e a prevenção de infecção por meio da criação de ambiente estéril ou asséptico (sem germes). Na cirúrgica, o emprego dessa técnica visa à não propagação de microrganismos na ferida cirúrgica ou instrumental cirúrgico estéril; já a assepsia ambulatorial/hospitalar aborda medidas para reduzir a disseminação de patógenos de uma pessoa para outra, sendo utilizada em qualquer atividade/procedimento com risco de exposição. Assim, assepsia seria o conjunto de medidas empregadas para manter a antissepsia e, conseqüentemente, impedir a contaminação de utensílios ou colonização/infecção das pessoas, ao passo que a antissepsia consiste no uso de agentes químicos, antissépticos, para eliminar microrganismos⁵.

O contato das mãos é uma das principais formas de transmissão de microrganismos de uma pessoa para outra. Dados mundiais indicam que de 2 a 3 milhões de mortes em todo o mundo têm como agente causal a diarreia, facilmente prevenível com a antissepsia das mãos^{6,7}. Além disso, o uso de adornos (anéis, pulseiras, relógios, etc.) durante a higienização das mãos oferece maior risco na manutenção nas mãos de bacilos *Gram* negativos e *S. aureus*, patógenos comuns em infecções nosocomiais^{7,8}.

Outro dado importante, demonstrado por Breathnach *et al.*⁹, é a alta concentração do patógeno *S. Aureus* encontrada nos estetoscópios não desinfetados após o contato com o paciente, o que torna esse instrumento tão útil na prática clínica um possível vetor de infecção. Esse patógeno também foi en-

contrado em jalecos de estudantes de Medicina, principalmente nas áreas de bolso e mangas¹⁰.

A presença da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) permitiu aos hospitais maior controle e prevenção de infecções nosocomiais. Esse órgão promove a supervisão técnica dos procedimentos e a manutenção dos dispositivos utilizados, a busca ativa e a análise dos prontuários de cada paciente.

Atualmente, diversos programas para treinamento e conscientização sobre padrões de higienização surgem como forma de aumentar a adesão, porém as taxas de aderência não ultrapassam 40%, o que reflete a falta de conhecimento dos estudantes sobre a temática. No futuro, esse desconhecimento se somará ao tempo reduzido para o adequado atendimento e à carência de materiais no local de trabalho, e irá repercutir no aumento das taxas de infecção nosocomial¹¹. Apesar disso, as condutas de biossegurança no ambiente clínico-hospitalar ainda são pouco debatidas nas universidades de saúde do Brasil, especialmente no Estado da Bahia. Por esse motivo, este estudo objetiva avaliar a conduta e o conhecimento dos estudantes de Medicina do quinto e sexto anos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, os quais já frequentam estágios permanentes, que usam as técnicas de assepsia e antissepsia tanto para as mãos quanto para os instrumentos de rotina, na prática clínica, cirúrgica e obstétrica.

METODOLOGIA

A abordagem deste estudo é do tipo transversal, realizada com estudantes de Medicina dos semestres letivos correspondentes aos quinto e sexto anos do curso (que ingressaram em 2010.1, 2009.2, 2009.1 e 2008.2), da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), na cidade de Salvador, Estado da Bahia (Brasil).

Os dados foram coletados nas unidades da FMB-UFBA ou nos campos de prática clínica dos estudantes da UFBA (Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos, Ambulatório Magalhães Netto e Maternidade Climério de Oliveira), no período de fevereiro a maio de 2014.

No período deste estudo, um total de 286 estudantes (internos) estavam regularmente matriculados no período letivo de 2014.1 e correspondiam aos ingressos de 2010.1, 2009.2, 2009.1 e 2008.2, em ordem crescente, ou seja, 9º, 10º, 11º e 12º. Com base na literatura¹², foi estimada em 15% ($p = 0,15$) a probabilidade daqueles com boas práticas de higienização das mãos durante atividades de atendimento clínico, sendo também estimado que a variação desse percentual fosse de 5% ($d = 0,05$), para o Intervalo de Confiança de 95%. Com base nesses indicadores, pelo cálculo de Fisher e Yates (1963), o tamanho amostral mínimo foi calculado em 133 estudantes.

Todos os questionários devidamente completados, com resposta única para cada questão, sem deixar questões em branco (marcou mais de uma alternativa para a mesma pergunta ou deixou alguma questão em branco) foram incluídos na pesquisa.

O questionário utilizado continha 22 questões objetivas, cada uma com cinco opções, diferenciadas pelas letras de "a" a "e". Os temas contemplados foram: cumprimento da técnica antisséptica durante o atendimento clínico; impressão pessoal sobre os equipamentos e insumos necessários ao processo de higienização; e alternativas para o aprimoramento dos alunos acerca da técnica antisséptica.

Preliminarmente, para validação interna do questionário, foi realizado estudo piloto com dez estudantes do curso de Medicina de outros semestres do curso médico. A depender da questão, o escore (peso ou pontuação) de cada alternativa da questão variou de -3 a +5, em que menos 3 (-3) indica a pior conduta possível e mais 5 (+5) representa a melhor conduta possível.

Os dados foram registrados em planilha do *software* Excel® e analisados pelo *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 17.0). Após análise da distribuição descritiva de cada variável, os dados não contínuos foram analisados pelo método do qui-quadrado (χ^2), sem ou com correção de Yates (aplicado quando na tabela 2×2 um dos números esperados foi < 5), e a probabilidade (95%) estimada conforme o número de graus de liberdade (g.l.). Quando indicado, para os dados não contínuos e discretos, foi também aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis.

Para dados contínuos com distribuição normal, foi utilizado teste t de Student ou Anova, sendo a estimativa do número de graus de liberdade baseada no teste F das variâncias, dependendo se as amostras eram heterocedásticas ($p < 0,05$) ou homocedásticas ($p > 0,05$). Também foi aplicado o teste de correlação de Pearson, com pressuposto de distribuição normal para o conjunto de duas variáveis deste estudo. Nesses testes estatísticos, os resultados foram considerados estatisticamente significantes se a probabilidade (p) do erro tipo I ou alfa (α) foi $\leq 5\%$ ($p \leq 0,05$).

Inicialmente, o projeto deste estudo foi submetido à Plataforma Brasil da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep)/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e direcionado à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, que o aprovou em 10 de dezembro de 2013 (Parecer CEP-FMB-UFBA nº 487.341/2013), em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Todos os participantes deste estudo foram informados de que se trata de trabalho científico e que os dados obtidos serão publicados observando o sigilo de suas identidades. Só participaram da pesquisa estudantes que estavam de acordo com a proposta do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após a leitura do mesmo.

RESULTADOS

No período de janeiro a maio de 2014, este estudo foi apresentado a 286 estudantes da FMB-UFBA dos quatro últimos semestres do curso médico que ingressaram nos anos de 2008 (segundo semestre), 2009 (primeiro e segundo semestres) e 2010 (primeiro semestre). Entre esses, 164 (54,5%) estudantes do programa de internato aceitaram participar do estudo, mas 4 (2,4%) posteriormente foram excluídos porque não informaram sexo, idade e semestre do curso médico. O Quadro 1 mostra a distribuição dessas variáveis demográficas dos 160 estudantes incluídos neste estudo. Os outros estudantes não incluídos ($n = 122$) estavam em outros estágios do programa de internato em outros campos de prática, não próprios da UFBA ($n = 111$); participavam de programa de intercâmbio ($n = 3$); ou eram dessemestralizados ($n = 8$).

Como mostra o Quadro 1, em três das quatro turmas a maioria dos estudantes voluntários foi do sexo masculino, sendo no conjunto 63,1% ($n = 101$) homens e 36,9% ($n = 59$) mulheres, e esta diferença ficou próxima do limite de significância estatística ($p = 0,06$).

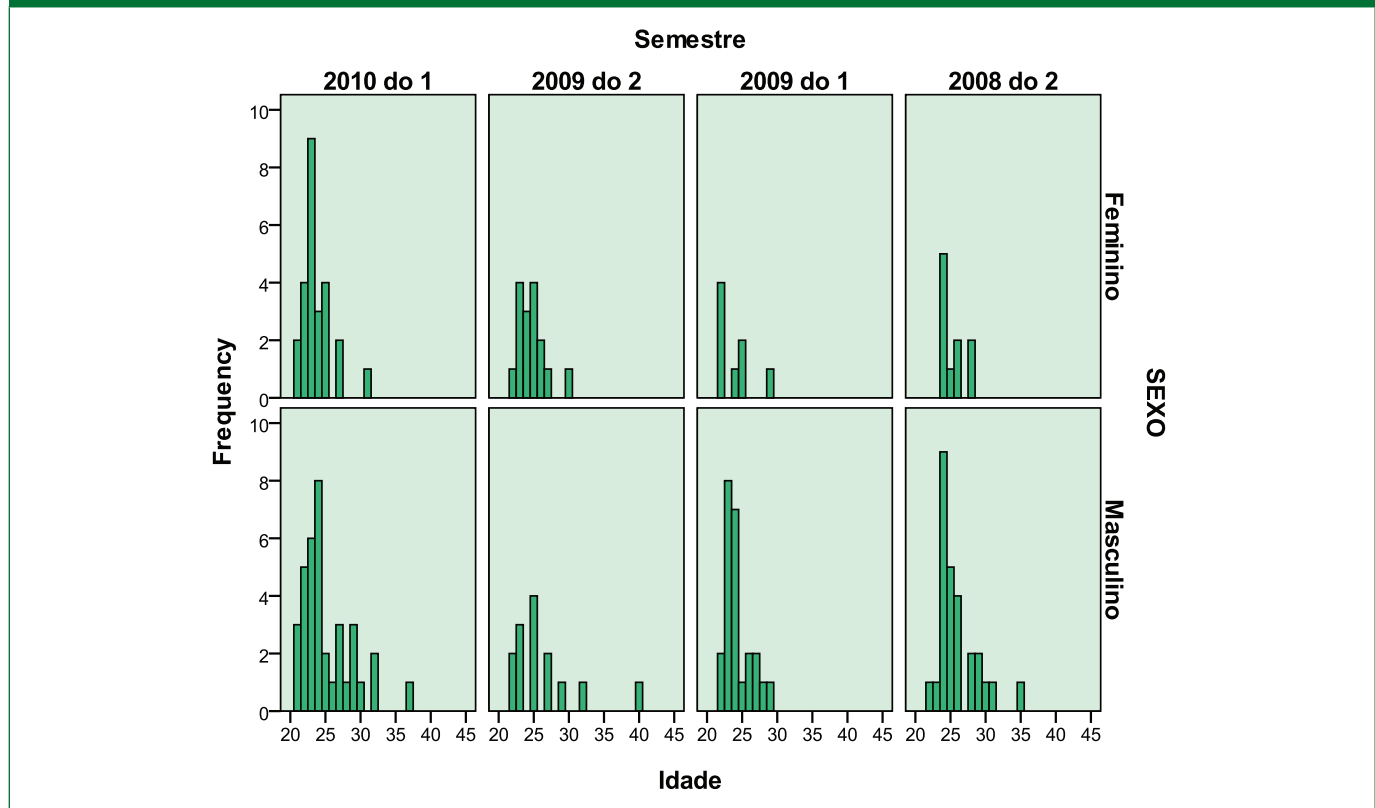
Também como indica o Quadro 1, as idades desses estudantes variaram de 21 a 40 anos, sendo a moda, a mediana e a média (\pm D.P.), respectivamente, 24 anos; 24 anos; e 24,9 ($\pm 3,0$). Não obstante, nas quatro turmas houve tendência de os homens terem maior idade, mas sem alcançar significado estatístico; todavia, no conjunto das turmas, a média das idades dos homens ($25,3 \pm 3,3$) foi estatisticamente superior (teste T de Student = 2,41; $p < 0,02$; g.l. = 156,90) àquela observada nas mulheres ($24,3 \pm 2,1$).

A análise pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney, a distribuição da idade *versus* mulheres ($n = 97,2$) e homens ($n = 97,4$) em cada turma, teve média de postos (*mean rank*) estatisticamente semelhante: 2010.1, $p > 0,15$ ($n = 97,2$; 27,24 *vs.* $n = 97,4$; 33,61); 2009.2, $p > 0,57$ ($n = 97,2$; 14,63 *vs.* $n = 97,4$; 16,50); 2009.1, $p > 0,39$ ($n = 97,2$; 14,00 *vs.* $n = 97,4$; 17,33); e 2008.1, $p > 0,71$ ($n = 97,2$; 17,90 *vs.* $n = 97,4$; 19,41), bem como quando essa mesma análise foi feita com o conjunto dos internos incluídos neste estudo, independentemente da turma: mulheres com *mean rank* de 72,45, e nos homens, de 85,20 ($p > 0,79$). A representação gráfica destes achados foi registrada no Gráfico 1.

QUADRO 1
Distribuição do sexo e da idade dos estudantes segundo o semestre do programa de internato (FMB-UFBA)

Semestre do internato (ano.semestre) número de internos (n)	Sexo n (%)		Idade (anos)			
			Limites	Moda	Mediana	Média (± D.P.)
Primeiro (2010.1) n = 61	Masculino	36 (59)	21 — 37	24	24	23,7 (± 2,2)
	Feminino	25 (41)	21 — 31	23	23	25,2 (± 3,6)
	Estatística		Teste F = 6,37 (p < 0,02) → teste $t_{57,90} = 1,89$; p > 0,06			
Segundo (2009.2) n = 30	Masculino	14 (46,7)	22 — 40	25	25	26,6 (± 4,8)
	Feminino	16 (53,3)	22 — 30	23	24,5	24,7 (± 2,0)
	Estatística		Teste F = 4,57 (p < 0,05) → teste $t_{16,68} = 1,16$; p > 0,25			
Terceiro (2009.1) n = 32	Masculino	24 (75)	22 — 29	23	24	24,3 (± 1,9)
	Feminino	8 (25)	22 — 23	22	23	23,9 (± 2,5)
	Estatística		Teste F = 0,66 (p > 0,41) → teste $t_{30} = 0,55$; p > 0,57			
Quarto (2008.2) n = 37	Masculino	27 (73)	22 — 35	24	25	25,9 (± 2,9)
	Feminino	10 (27)	24 — 28	24	24,5	25,3 (± 1,6)
	Estatística		Teste F = 1,59 (p > 0,20) → teste $t_{35} = 0,65$; p > 0,51			
Total n = 160	Masculino	101 (63,1)	21 — 40	24	24	25,3 (± 3,3)
	Feminino	59 (36,9)	21 — 31	23	24	24,3 (± 2,1)
	Estatística (g.l. = 3)	$\chi^2 = 7,41$; p = 0,060	Teste F = 6,97 (p < 0,009) → teste $t_{156,90} = 2,41$; p < 0,02			

GRÁFICO 1
Idade e sexo dos estudantes conforme semestre letivo



Do primeiro (2010.1) ao quarto (2008.2) semestre do programa de internato do curso médico, era esperado aumento progressivo da idade dos estudantes (Tabela 1); não obstante, os resultados se mostraram semelhantes às idades dos estudantes nesses quatro semestres ($p > 0,09$).

TABELA 1 Distribuição da idade dos estudantes versus semestre letivo			
Semestre do internato (ano.semestre) - número de Internos (n)	Idade (em anos)		
	Moda	Mediana	Média (D.P.)
Primeiro (2010.1) – n=61	23	24	24,6 (± 3,2)
Segundo (2009.2) – n=30	25	25	25,4 (± 3,6)
Terceiro (2009.1) – n=32	23	24	24,2 (± 2,0)
Quarto (2008.2) – n=37	24	25	25,8 (± 2,6)
Total n =160	24	24	24,9 (± 3,0)

Anova: $F = 2,16; p > 0,09$

Mesmo com esses resultados, mas considerando a falta consistente de homogeneidade entre as quatro turmas, nas análises seguintes os estudantes serão grupados nas duas faixas etárias (21 |—| 24; e 25 |—| 40), mostradas na Tabela 2, a qual também evidencia serem estatisticamente semelhantes ($\chi^2; 2 = 0,65; p > 0,40$) em ambos os sexos.

No Quadro 2, foram distribuídas as 15 variáveis relacionadas às práticas de higienização dos estudantes de Medicina (do programa de internato). O somatório dos escores (pesos ou pontuações) das categorias dessas variáveis tem como limites possíveis valores de -32 |—| +33.

TABELA 2 Faixas etárias e sexo dos estudantes incluídos neste estudo			
Faixa etária (anos)	Sexo – n (%)		Total
	Masculino	Feminino	
21 — 24	55 (54,5)	36 (61)	91 (56,9)
25 — 40	46 (45,5)	23 (39)	69 (43,1)
Total	101 (100)	59 (100)	160 (100)

$\chi^2 = 0,65; p > 0,40$

QUADRO 2 Distribuição das variáveis estudadas e respectivos códigos aplicados para as alternativas às respostas dos 160 estudantes incluídos neste estudo				
Variável	Sistematização	Peso	Nº de estudantes	%
Frequência da lavagem das mãos durante o dia de atendimento clínico	Nunca	-1	1	0,6
	Não respondeu	0	1	0,6
	De 1 a 2 vezes por dia	1	15	9,4
	De 3 a 5 vezes por dia	2	29	18,1
	Após contato com o paciente	3	34	21,3
	Antes e depois de contato com paciente	4	80	50
Frequência diária da desinfecção da campânula do estetoscópio	Nunca	-1	58	36,2
	Não respondeu	0	2	1,3
	De 1 a 2 vezes por dia	1	53	33,1
	De 3 a 5 vezes por dia	2	8	5
	Após cada contato com o paciente	3	37	23,1
	Antes e depois de cada contato com paciente	4	2	1,3
Frequência da lavagem das mãos antes e depois da coleta de sangue	Nunca	-1	1	0,6
	Não respondeu	0	39	24,4
	Só se houver acidente por agulha	1	1	0,6
	Não necessário, porque uso luvas	2	8	5
	Após contato com o paciente	3	22	13,8
	Antes e depois do contato com o paciente	4	89	55,6
Frequência do uso de luvas para coleta de sangue	Nunca	-2	0	-
	Raramente	-1	0	-
	Não lembrou ou não respondeu	0	37	23,1
	Às vezes	1	0	-
	Sempre	2	123	76,9
Frequência com que reencapa agulha	Sempre	-3	45	28,1
	Às vezes	-2	34	21,2
	Raramente	-1	11	6,9
	Não lembrou ou não respondeu	0	20	12,5
	Nunca	1	50	31,3
Frequência de troca de jaleco	Muito raramente	-2	5	3,1
	Às vezes, 1 a 2 vezes por mês	-1	21	13,2
	Não lembrou ou não respondeu	0	4	2,5
	Regularmente, 1 a 2 vezes por semana	1	117	73,1
	Todos os dias	2	13	8,1
Uso de jaleco durante lanche e/ou refeição	Sempre	-2	10	6,2
	Às vezes	-1	46	28,8
	Não lembrou ou não respondeu	0	0	-
	Só quando está limpo	1	2	1,2
	Nunca usa	2	102	63,8

QUADRO 2				
Distribuição das variáveis estudadas e respectivos códigos aplicados para as alternativas às respostas dos 160 estudantes incluídos neste estudo				
Variável	Sistematização	Peso	Nº de estudantes	%
Frequência de saída do centro cirúrgico com roupa de uso interno ao mesmo	Sempre	-3	15	9,4
	Às vezes	-2	42	26,2
	Raramente	-1	24	15
	Não lembro ou não respondeu	0	22	13,8
Quando da higienização das suas mãos, usa pulseiras, anéis e/ou relógio	Nunca uso fora do centro cirúrgico	1	57	35,6
	Sempre	-3	33	20,6
	Às vezes	-2	48	30
	Raramente	-1	14	8,7
Costuma sentar no leito do paciente durante atendimento	Não lembrou ou não respondeu	0	3	1,9
	Nunca	1	62	38,8
	Sempre	-3	1	0,6
	Às vezes	-2	10	6,2
Na enfermaria, costuma cumprimentar seu paciente com o "aperto de mãos"	Raramente	-1	18	11,3
	Não lembrou ou não respondeu	0	5	3,1
	Nunca	1	126	78,8
	Sempre	-3	75	46,9
Quando está doente, costuma manter atendimento na enfermaria ou ambulatório	Às vezes	-2	71	44,4
	Raramente	-1	9	5,6
	Não lembrou ou não respondeu	0	3	1,9
	Nunca	1	2	1,2
Costuma esquecer a higienização das suas mãos	Sempre	-3	17	10,6
	Às vezes	-2	61	38,1
	Raramente	-1	36	22,5
	Não lembrou ou não respondeu	0	17	10,7
Com qual frequência costuma higienizar seu estetoscópio	Nunca	1	29	18,1
	Sempre	-3	0	-
	Às vezes	-2	64	40
	Raramente	-1	73	45,6
Situações avaliadas como indispensáveis para higienização das mãos	Não lembrou ou não respondeu	0	6	3,8
	Nunca	1	17	10,6
	Nunca	-1	19	11,9
	Não lembrou ou não respondeu	0	5	3,1
Situções avaliadas como indispensáveis para higienização das mãos	Raramente	1	35	21,9
	Às vezes	2	81	50,6
	Sempre	3	20	12,5
	Não lembrou ou não respondeu	-1	4	2,5
	Após uso de luvas (a)	0	0	-
	Após utilizar banheiro ou vaso sanitário (b)	1	14	8,8
	No início do turno de atividades no hospital (c)	2	2	1,2
	Antes e após cada atendimento clínico (d)	3	48	30
Se alternativas "a", "b", "c" e "d"	4	64	40	
Se alternativas "b", "c" e "d"	5	28	17,5	

Porém, o somatório (Σ) do valor da pontuação de cada estudante teve limites de -10 |—| +28, com moda e mediana de 8 pontos. A Tabela 3 mostra a distribuição dessa pontuação em escala intervalar, destacando que só 12 (7,5%) estudantes tiveram pontuação acima de 50% do total esperado de pontos (n = +33), ou seja, ≥17 pontos; enquanto 10% (n = 16) tiveram pontuação igual a zero ou menor; e quase a metade (43,1%; n = 69) teve pontuação inferior (< 8) ao valor da mediana.

TABELA 3		
Pontuação alcançada pelo somatório dos pesos (escores) das 15 variáveis descritas na Tabela 2 deste estudo, a qual corresponde à variável práticas de higienização		
Σ da pontuação	Nº de casos	%
-10 — 0	16	10
1 — 5	34	21,3
6 — 10	57	35,6
11 — 15	37	23,1
≥16	16	10
Total	160	100

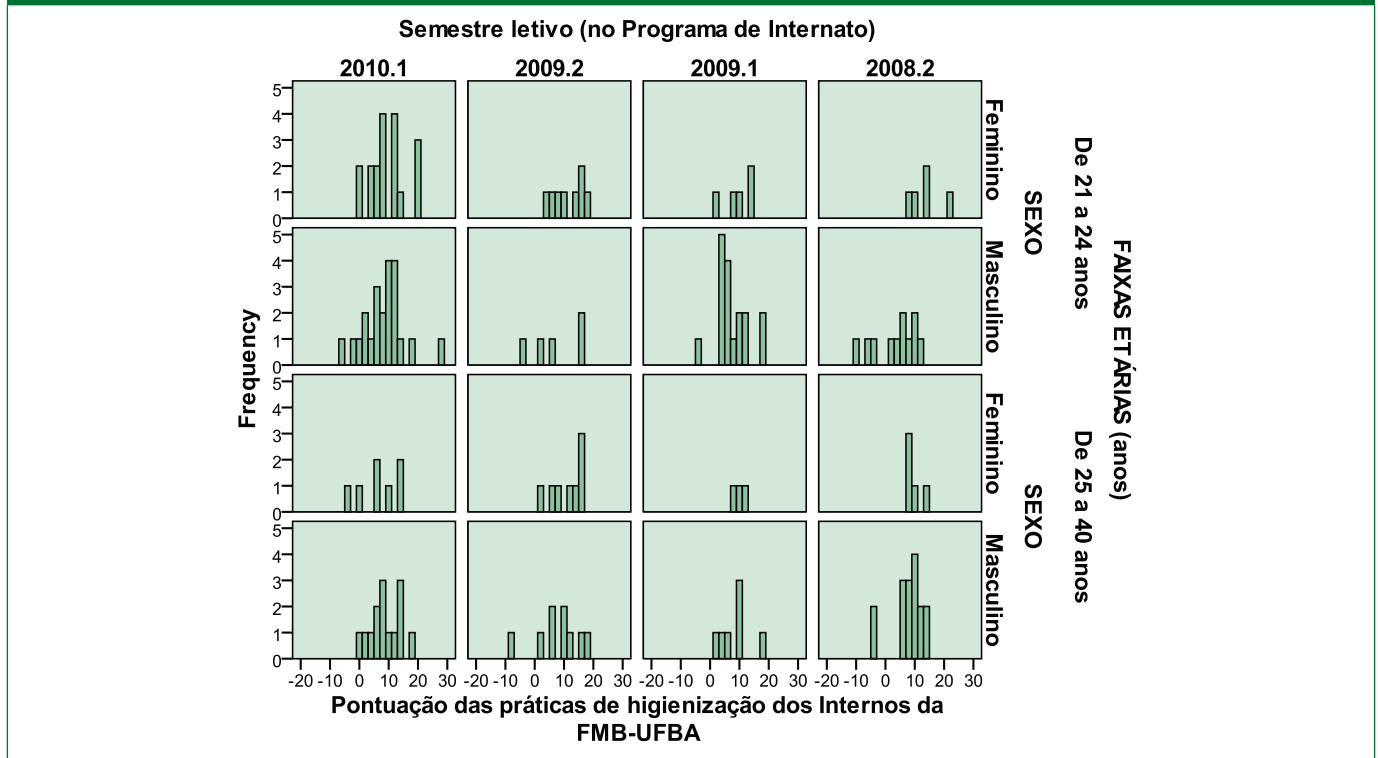
As pontuações das práticas de higienização dos estudantes não diferiram estatisticamente nas duas faixas etárias estudadas (p > 0,63) e entre aqueles dos quatro semestres letivos (p > 0,57) (Tabela 4). Esta mesma tabela mostra que os escores das mulheres foram estatisticamente maiores (p < 0,02), do que os observados nos homens.

TABELA 4				
Distribuição das práticas de higienização dos estudantes conforme sexo, faixa etária e semestre do curso médico				
Variável	Distribuição	N	Média de postos ^(a)	Estatística
Sexo	Masculino	101	73,76	Z = 2,41 ^(b) p < 0,02
	Feminino	59	92,04	
Faixa etária (anos)	≤ 24	91	79,05	Z=0,46 ^(b) p > 0,63
	> 24	69	82,41	
Semestre letivo (por ano de ingresso semestre)	2010.1	61	79,85	χ² = 1,95 ^(c) p > 0,57 (g.l. = 3)
	2009.2	30	90,67	
	2009.1	32	75,97	
	2008.2	37	77,24	

^(a) mean rank de teste não paramétrico; ^(b) teste de Mann-Whitney; ^(c) teste de Kruskal-Wallis.

Por isso, também, as pontuações das práticas de higienização dos estudantes foram estudadas em cada estrato

GRÁFICO 2
Representação gráfica dos dados descritos na Tabela 8



dos mesmos, de acordo com sexo, faixa etária e semestre do programa de internato – no total de 16 estratos (Tabela 5). A análise desse conjunto, pelo teste de Kruskal-Wallis, mostrou não haver diferença estatisticamente significativa entre os 16 estratos ($\chi^2 = 14,70$; $p > 0,46$; $g.l. = 15$). Esses achados são também mostrados no Gráfico 2.

Os 23 (14,4%) estudantes com relatos de maior adesão à lavagem das mãos foram comparados com seus colegas sem igual adesão ($n = 137$; 85,6%), e esses últimos justificaram as seguintes razões para não adesão à lavagem de mãos: (a) falta de recursos materiais no hospital-escola ($n = 96$; 70,1%); (b) lavabos em locais inadequados ($n = 19$; 13,9%); (c) falta de tempo ($n = 11$; 8%); (d) falta de conhecimento da necessidade dessa prática ($n = 2$; 1,5%); 9 (6,5%) estudantes anularam todas as alternativas anteriores e não manuscreeveram nenhuma outra justificativa. Esses casos ($n = 137$), pelo teste de Mann-Whitney, tiveram *mean rank* (média de postos) de 77,28 pela pontuação das práticas relacionadas à higienização, enquanto naqueles ($n = 23$) com adesão à lavagem das mãos essa média foi de 99,70 pontos, sendo essa diferença, como esperado, estatisticamente significativa ($Z = 2,15$; $p < 0,04$).

TABELA 5
Pontuação das práticas de higienização nos 16 estratos possíveis entre os estudantes avaliados, de acordo com o semestre no programa de internato, sexo e faixa etária

Semestre	Sexo	Faixa etária (anos)	Nº de casos	Médias de postos (mean rank) ^(a)
1º (2010.1)	Masculino	≤ 24	22	76,93
	Feminino	> 24	14	82,86
2º (2009.2)	Masculino	≤ 24	18	85,39
	Feminino	> 24	7	68,79
3º (2009.1)	Masculino	≤ 24	5	71,70
	Feminino	> 24	9	81,22
4º (2008.2)	Masculino	≤ 24	8	102,00
	Feminino	> 24	8	101,81
5º (2009.1)	Masculino	≤ 24	17	68,88
	Feminino	> 24	7	74,79
6º (2009.2)	Masculino	≤ 24	5	94,00
	Feminino	> 24	3	88,83
7º (2010.1)	Masculino	≤ 24	11	50,00
	Feminino	> 24	16	78,94
8º (2009.1)	Masculino	≤ 24	5	119,70
	Feminino	> 24	5	89,30

^(a) mean rank do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

Na Tabela 6, a pontuação das práticas de higienização dos estudantes foi dividida em duas categorias, a serem aplicadas nas análises seguintes, conforme o valor da mediana: < 8 e ≥ 8 pontos, respectivamente com 69 (43,1%) e 91 (56,9%) estudantes. A distribuição segundo a mediana foi semelhante quanto a sexo ($p > 0,06$), faixa etária ($p > 0,36$) e semestre ($p > 0,81$).

TABELA 6				
Pontuação das práticas de higienização, distribuída pela mediana, conforme as variáveis demográficas dos estudantes				
Variáveis demográficas		Mediana da pontuação das práticas - n (%)		Estatística
		< 8	≥ 8	
Sexo	Masculino	49 (71)	52 (57,1)	$\chi^2 = 3,24$; $p > 0,06$
	Feminino	20 (29)	39 (42,9)	
	Total	69 (100)	91 (100)	
Faixa etária (anos)	≤ 24	42 (60,9)	49 (53,8)	$\chi^2 = 0,79$; $p > 0,36$
	> 24	27 (39,1)	42 (46,2)	
	Total	69 (100)	91 (100)	
Semestre letivo	2010.1	28 (40,6)	33 (36,3)	$\chi^2 = 0,92$; $p > 0,81$ (g.l. = 3)
	2009.2	12 (17,4)	18 (19,8)	
	2009.1	15 (21,7)	17 (18,7)	
	2008.2	14 (20,3)	23 (25,2)	
	Total	69	91 (100)	

O Quadro 3 lista as distribuições observadas nas quatro variáveis associadas ao conhecimento dos estudantes relacionado às práticas de higienização e biossegurança, sendo o somatório dessas com variação possível entre -6 |—| +12 pontos; mas a variação encontrada foi de -1 |—| +12, com moda e mediana de 8 pontos. A maioria ($n = 96$; 60%) alcançou pontuação ≥ 8 pontos, e, entre esses, 13 (13,5%) tiveram 11 ($n = 7$) e 12 pontos ($n = 6$).

A correlação dessa pontuação (conhecimento) com aquela das práticas associadas às práticas de higienização foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$) pelo teste de Pearson ($r = 0,26$); porém, quando essa análise foi por sexo, a correlação com significado estatístico só foi observada nos homens ($r = 0,29$; $p < 0,004$), e semelhante às mulheres ($r = 0,187$; $p > 0,14$). Essa associação do conjunto de casos é mostrada no Gráfico 3, do aumento da pontuação das práticas de higienização proporcional ao aumento da pontuação relacionada ao conhecimento dessas práticas pelos estudantes (internos) de Medicina.

QUADRO 3				
Variáveis incluídas na estimativa relacionada ao conhecimento das práticas de higiene e biossegurança				
Variável	Sistematização	Peso	Nº de estudantes	%
Como avalia seu conhecimento sobre normas de higiene e de biossegurança	Insuficiente	-1	2	1,2
	Não respondeu	0	1	0,6
	Regular	1	35	21,9
	Bom	2	98	61,3
	Excelente	3	24	15
Como classifica seu conhecimento sobre essas normas em seu hospital-escola	Insuficiente	-1	17	10,6
	Não lembra ou não respondeu	0	1	0,6
	Regular	1	36	22,5
	Bom	2	45	28,2
	Muito bom	3	53	33,1
Qual a relevância da leitura das diretrizes de higiene	Excelente	4	8	5
	Não ou não considera assunto relevante	-3	2	1,3
	Não tenho tempo para esse tipo de leitura	-2	17	10,6
	Não sei onde encontrar	-1	29	18,1
	Não respondeu	0	1	0,6
Em qual momento da graduação ocorreu contato com normas de higiene	Sim	1	111	69,4
	Nunca ocorreu	-1	2	1,3
	Não respondeu	0	1	0,6
	Com profissional de saúde no ambiente hospitalar	1	3	1,9
	No início do programa de internato	2	13	8,1
	Por iniciativa própria, por meio de leituras e/ou videoaulas	3	1	0,6
Em disciplinas do currículo médico, antes do internato	4	140	87,5	

Tanto o grupo com maior pontuação nas práticas de higienização e aquele com menor pontuação e também aqueles com maior ou menor conhecimento têm avaliações semelhantes, respectivamente $p > 0,11$ e $p > 0,91$, quanto à frequência com que encontram materiais para higiene das mãos e dos instrumentos de trabalho no hospital-escola (Tabela 7). No entanto, quando os 23 estudantes com maior adesão à lavagem das mãos foram comparados aos 137 sem adesão (3 excluídos)*, a frequência dos que sempre encontram os materiais para higiene das mãos/instrumentos foi, respectivamente, 34,8% ($n = 8$) e 14,6% ($n = 20$), e essa diferença foi estatisticamente significativa ($\chi^2 = 4,25$ – com correção de Yates; $p < 0,04$ – g.l. = 1; neste teste, as categorias “raramente” e “algumas vezes” foram somadas, para evitar maior número esperado < 5).

GRÁFICO 3
Correlação entre as práticas de higienização dos estudantes de Medicina e o conhecimento dos mesmos sobre higiene e biossegurança

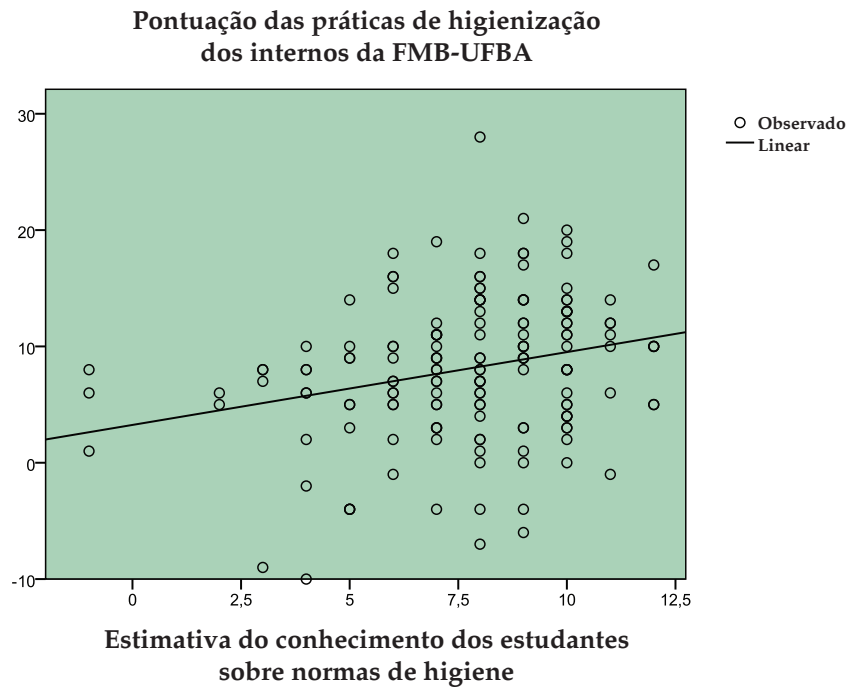


TABELA 7
Distribuição dos relatos dos estudantes de encontro de materiais para higienização de mãos e equipamentos versus pontuação para as práticas de higienização e conhecimento dos mesmos

Distribuição pela mediana		Disponibilidade de materiais no hospital-escola – n (%)				Estatística
Variável	Mediana	Raramente	Algumas vezes	Sempre	Total ^(*)	
Práticas de higienização	< 8	16 (23,9)	38 (56,7)	13 (19,4)	67 (100)	$\chi^2 = 4,15$ (p > 0,11) g.l. = 2
	≥ 8	13 (14,5)	65 (72,2)	12 (13,3)	90 (100)	
Conhecimento das normas	< 8	12 (19,7)	40 (65,6)	9 (14,7)	61 (100)	$\chi^2 = 0,16$ (p > 0,91) g.l. = 2
	≥ 8	17 (17,7)	63 (65,6)	16 (16,7)	96 (100)	

^(*) Três estudantes foram excluídos porque não responderam a essa questão.

Quanto à avaliação pelos estudantes da sugestão de criação de componente curricular, obrigatório, com conteúdos concernentes às normas de higiene e de biossegurança, a maioria (n = 88; 55%) opinou que esses “conteúdos devem ser incluídos em disciplina ou matéria já existente” no currículo médico da FMB-UFBA. Na Tabela 8, essa e outras sugestões dos

estudantes foram associadas à pontuação obtida por eles nas questões descritas no Quadro 3: conhecimento das normas de higiene e de biossegurança. Todavia, a análise estatística (Tabela 8) apresentou frequências semelhantes versus pontuação do grau de conhecimento (Teste de Kruskal-Wallis) ou por meio da mediana (< 8 vs. ≥ 8) pelo teste do qui-quadrado.

TABELA 8
Considerações dos estudantes quanto à propriedade da inclusão de componente curricular sobre normas de higiene e biossegurança versus conhecimento dos mesmos sobre esse tema

Criação de componente curricular, obrigatório, com conteúdos concernentes as normas de higiene e de biossegurança	Pontuação da estimativa de conhecimento			
	Teste de Kruskal-Wallis		Mediana – n (%)	
	N	Média de postos	< 8	≥ 8
• É necessária, para discussão em atividades práticas	27	79,24	10 (15,6)	17 (17,7)
• Inclusão de conteúdos em matéria já existente	88	84,02	35 (54,7)	53 (55,2)
• A medida não resolve o problema, que é de adesão às normas	21	77,88	7 (10,9)	14 (14,6)
• Currículo já é extenso e exaustivo, e, portanto, a sugestão é inoportuna	13	74,38	6 (9,4)	7(7,3)
• Não é necessária, se as medidas forem introduzidas durante atividades práticas	11	78,33	6 (9,4)	5(5,2)
Total	160	–	64 (100)	96 (100)
Estatística	$\chi^2 = 2,45$ p > 0,77 (g.l. = 4)		$\chi^2 = 1,66$ p > 0,78 (g.l. = 4)	

DISCUSSÃO

Este estudo incluiu mais da metade (56%) dos internos da Faculdade de Medicina da Bahia (160/286), em que 21,35% estavam no nono semestre, 10,5% no décimo, 11,2% no 11^o e 12,95% no 12^o, porém a maioria dos estudos semelhantes não faz diferença quanto ao período do estudante¹².

As características demográficas dos estudantes deste estudo foram diferentes das descritas na literatura quanto ao sexo, havendo prevalência do feminino; entretanto, a distribuição da variável idade foi semelhante aos dados encontrados na literatura, em torno de 20 a 40 anos^{12,13}. Nas últimas três décadas, há progressivo aumento do percentual de mulheres na FMB-UFBA¹⁴, situação inexistente antes dos anos 1960, salvo as raras mulheres estudantes em grande parte do século XIX. Também, várias observações de docentes, não publicadas, dão conta do aumento da idade dos estudantes quando do ingresso no curso médico da FMB-UFBA, especialmente nos primeiros anos do século XXI. Isto provavelmente decorre da necessidade de admissão mais precoce ao mercado de trabalho e também da maior flexibilidade do currículo médico.

Os estudos sobre a higienização das mãos também apresentaram frequência elevada de não adesão (28,1% neste estudo) à prática^{8,12}. Esse dado também foi observado em todos os semestres abordados neste estudo, porém se diferencia de outros resultados encontrados na literatura, em que os participantes pertencentes a semestres mais avançados, consequentemente mais experientes na prática clínica, apresentavam maior

adesão à prática de higienização das mãos^{13,15}. Contudo, em sua autoavaliação quanto ao conhecimento sobre normas de higiene e de biossegurança, cerca de 76,3% dos estudantes participantes o classificaram como “excelente” ou “bom”, porém 30% dos estudantes voluntários nunca leram sobre as mesmas¹².

A principal justificativa dos estudantes voluntários para a não adesão é a escassez de materiais no hospital-escola. Também foram mencionadas como causas de não adesão a ausência de pia próximas ao local de atendimento ao paciente, reações cutâneas nas mãos, falta de tempo e falta de informação científica; ou seja, situações semelhantes às discutidas por Tiple *et al.*¹⁶. Dados como este indicam certo atraso em relação a outras unidades de saúde, como, por exemplo, a unidade hospitalar de Nova York¹⁷, onde 100% dos ambientes possuíam pia destinada à higienização das mãos, algo muitas vezes não visto até mesmo em unidades básicas de saúde brasileiras, onde até existem os lavabos, mas não há os insumos necessários ou próprios à realização adequada da higienização das mãos.

Aproximadamente 77% dos estudantes voluntários referem que durante todo período de prática clínica não retiram adornos (anéis, pulseiras e/ou relógios). Este fato também foi observado em estudo realizado com profissionais de saúde¹⁸, o qual constatou que cerca de 84% desses profissionais não retiravam seus adornos durante a execução da lavagem de mãos, facilitando, assim, a proliferação de microrganismos e, consequentemente, a propagação destes por parte dos profissionais de saúde que estão em contato direto e contínuo com os pacientes.

Após a utilização de agulhas, o número de estudantes que as reencapam antes do descarte efetivo foi admitido por quase toda a amostra (56,2%) do presente estudo, o que caracteriza grave risco à boa prática em saúde. Dessa forma, o profissional se expõe a maior risco de possíveis infecções^{4,19}. Estudo conduzido no hospital-escola da Universidade Federal do Paraná demonstrou que a má prática de reencapar agulhas está em terceiro lugar como atividade de maior risco para infecção; também evidenciou que, durante os acidentes hospitalares, a maioria dos estudantes não utilizava EPI (máscara, óculos e sapato fechado)²⁰; dados semelhantes foram observados por Gadzama *et al.*²¹.

O estetoscópio, um dos principais instrumentos de trabalho na prática médica, é também um potencial vetor de infecção nosocomial no ambiente clínico-hospitalar. Sua desinfecção pode reduzir a concentração de bactérias de 90% para 35%²². Contudo, a não adesão a essa prática é crescente entre os estudantes de Medicina²². Neste estudo, somente 1,3% (n = 2) dos estudantes afirmaram que realizam a desinfecção do estetoscópio antes e depois do contato com o paciente. Esse dado foi semelhante aos resultados de outros estudos realizados com estudantes ou médicos¹².

Considerando aqueles que realizaram a desinfecção do estetoscópio, este estudo demonstrou que 24,4% dos entrevistados fazem esse processo após cada contato com o paciente, porém a maioria (36,2%) dos entrevistados nunca fez a limpeza do estetoscópio. Em contraste com esses dados, Herbert *et al.*¹² notaram que 42% realizavam a desinfecção do estetoscópio após cada contato com o paciente e Jones *et al.*²³ relataram que apenas 7% nunca realizaram a limpeza do mesmo. Ao lado desse dado, tem-se que a maioria (89%) dos estetoscópios com frequência está contaminada por estafilococos²³, principalmente o *S. aureus*, o que se pode prevenir com a execução de simples desinfecção desse instrumento, em que se reduz em até 97% a concentração bacteriana⁹. Portanto, em qualquer conteúdo voltado à educação é relevante divulgar e até demonstrar esse fato.

Outro aspecto avaliado no questionário foi o ato de recepcionar os pacientes com um “aperto de mãos”. Apenas 1,2% dos estudantes nunca o realizaram, o que remete a uma característica cultural, mas que não está de acordo com as orientações da OMS, em que se indica a lavagem de mãos antes do contato com o paciente, sendo que esta foi realizada por apenas 50% dos entrevistados no presente estudo^{12,24}. Além disso, o número de estudantes que efetivamente realiza a troca de jalecos diariamente ainda foi bastante reduzido: somente 8,1% (n = 13) o fazem todos os dias, resultado semelhante (5%) ao encontrado por Herbert *et al.*¹². Esse dado é ainda mais significativo quando relacionado com o número de estudantes que em algum mo-

mento usa o jaleco em refeitórios, fato indicado por cerca de 64% dos estudantes neste estudo. Somado a isso, tem-se que o número de estudantes que sai do centro cirúrgico para outras áreas dos hospitais, como enfermarias e refeitórios, vestido com o pijama cirúrgico em algum momento da prática é de 51% dos entrevistados. Assim, a propagação dessas e de outras atitudes errôneas já mencionadas aponta os profissionais de saúde como os principais vetores da disseminação de patógenos. Além disso, também demonstra uma pirâmide hierárquica em relação a maior vivência clínica, em que os mais experientes, tidos como verdadeiros detentores do conhecimento, são exemplos para os mais novos, o que colabora para a manutenção e propagação desses e de outros erros, pois, como parece óbvio, e isso é mostrado no Gráfico 3, as boas práticas têm relação com o conhecimento teórico aplicado à área de biossegurança.

Os estudantes relataram que tiveram o primeiro contato com a temática sobre higienização em alguma das matérias da grade curricular anterior ao internato. Também afirmaram que esse tema é de extrema importância (69,4% neste estudo). Entretanto, quando questionados sobre a criação de componente curricular com abordagem específica sobre as normas de higienização, 55% dos entrevistados concordaram apenas em incluir esses assuntos em matéria já existente, pois consideraram a grade curricular extensa.

O presente estudo apresenta a limitação de incluir apenas uma instituição ou curso da área da saúde, e isso impossibilita a comparação. Um estudo dessa natureza talvez tivesse maior consistência se fosse do modelo quali-quantitativo, pois, desse modo, ter-se-iam melhores indicadores daqueles efetivamente aderentes à boa prática da higienização, e esse grupo seria mais bem comparado com o outro sem essa adesão. Assim, outros estudos serão necessários para melhor comparação com outras populações e melhor estabelecimento dos resultados obtidos neste estudo.

CONCLUSÕES

Há contradição entre o número de estudantes que autoavaliaram o conhecimento sobre normas de higiene e biossegurança como “excelente” e “bom” e os que aderem à técnica asséptica adequadamente.

A introdução ao tema higienização e biossegurança ocorre num período afastado e dissociado da prática clínica, dificultando a adesão efetiva dos estudantes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Normas para o Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998. D.O.U., 13 de maio de 1998.

2. Sousa CMM, Alvez MSCF, Moura MEB, Silva AO. Os direitos dos usuários da saúde em casos de infecção hospitalar. *Rev Bras Enferm*, 2008; 61: 411-17.
3. Almeida RCC, Kuaye AY, Serrano AM, Almeida PF. Avaliação e controle da qualidade microbiológica de mãos de manipuladores de alimentos. *Rev. Saúde pub*, 1995; 29: 290-94.
4. Mendonça AP, Fernandes MSC, Azevedo JMR, Silveira WCRS, Souza ACS. Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Sci Health Sci*, 2003; 25: 147-53.
5. Center for Disease Control (CDC). Guideline for hand hygiene in health care settings. Recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR: Morb. Mortal Wkly Rep*, 2005; 51: 1-45.
6. Brasil. Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.
7. Jumaa, PA. Hand hygiene: simple and complex. *Int J Infect Dis*, 2005; 9: 3-14.
8. Felix CCP, Myadahira AMK. Avaliação da técnica de lavagem das mãos executadas por alunos do Curso de Graduação em Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43:139-45.
9. Breathnach AS, Jenkins DR, Pedler SJ. Stethoscopes as possible vectors of infection by staphylococci. *Brit Med J* 1992; 305: 1573-74.
10. Loh W, Ng VV, Holton J. Bacterial flora on the white coats of medical students. *J Hosp Infec* 2000; 45:65-8.
11. Boyce M, Pittet D. Guidelines for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HIC-PAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force, *MMWR recommend rep* 2002; 18: 786-90.
12. Herbert VG, Schlumm P, Kessler HH, Frings A. Knowledge of and Adherence to Hygiene Guidelines among Medical Students in Austria. Hindawi Publishing Corporation. *Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases*, 2013.
13. Graf K, Chaberny F, Vonberg RP. Beliefs about hand hygiene: a survey in medical students in their first clinical year. *Am J of Infect Control* 2011; 39: 885-88.
14. Tavares-Neto J. Formandos de 1812 a 2008 pela Faculdade de Medicina da Bahia. *Contexto/AMeFS: Feira de Santana*; 2008. 331 p.
15. Van de Mortel TF, Kermode S, Progano T, Sansoni J. A comparison of the hand hygiene knowledge, beliefs and practices of Italian nursing and medical students. *J Adv Nurs* 2012; 68: 569-79.
16. Tipple AFV, Medonça KM, Melo MC, Souza ACS, Pereira MS, Santos SLV. Higienização das mãos: o ensino e a prática entre graduandos na área da saúde. *Acta Sci Health Sci* 2007;29: 107-14.
17. O'Boyle CA, Henly SJ, Larson E. Understanding adherence to hand hygiene recommendations: the theory of planned behavior. *Am J Infect Control* 2001; 29: 352-60.
18. Scheidt KLS, Carvalho M. Avaliação da prática de lavagem das mãos pelos profissionais de saúde em atividade lúdico-educativas. *Rev Enferm UERJ* 2006; 14: 221-25.
19. Markovic-Denic L, Brankovic M, Maksimovic N, Jovanovic B, Petrovic I, Simic Marko, Lesic A. Occupational Exposures to Blood and Body Fluids among Health Care Workers at University Hospitals. *Srp Arh Celok Lek* 2013; 141: 789-93.
20. Reis PGTA, Driessen AL, Costa ACBA, Nasr A, Collaço IA, Tomasich FDS. Perfil epidemiológico de acidentes com material biológico entre estudantes de medicina em um pronto-socorro cirúrgico. *Rev Col Bras Cir* 2013; 40: 287-92.
21. Gadzama GB, Bawa SB, Ajinoma Z, Saidu MM, Umar AS. Injection safety practices in northeastern Nigeria. *Niger J of Clin Pract* 2014; 17: 134-39.
22. Saunders C, Hryhorskyj L, Skinner J. Factors influencing stethoscope cleanliness among clinical medical students. *J Hosp Infect* 2013; 84: 242-44.
23. Jones JS, Hoerle D, Riekse R. Stethoscopes: A Potential Vector of Infection? *Ann Emerg Med* 1995; 26: 296-99.
24. Organização Mundial de Saúde. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Geneva: WHO; 2009.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

José Tavares-Neto: orientador e revisor do trabalho. Paula Amaral-Muniz: confecção do questionário. Valdemiro Silva-Filho: análise dos resultados. Andréa Canário de Santana: aplicação dos questionários.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marcella Santana-Caires
Rua Wanderley Pinho, 181, Edf. Grandes Mares, Apt 102
Itaigara – Salvador
CEP 41.815-270 BA
Email: marcella_caires@hotmail.com

Changing Times in Undergraduate Studies on Neuroanatomy

Tempos de Mudança no Ensino Pré-Graduado de Neuroanatomia

Mavilde Arantes¹
Maria Amélia Ferreira¹

KEYWORDS

- Medical Education;
- Curriculum;
- Neuroanatomy.

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Currículo;
- Neuroanatomia.

ABSTRACT

Undergraduate medical curricula are currently undergoing a process of reform, with such changes including the field of neuroanatomy. In this context, the purpose of our study was to assess the status of undergraduate neuroanatomy studies in Portuguese medical schools to provide a basis for a more informed discussion on the curricular changes. With all seven Portuguese medical schools participating in the study, four of them were shown to incorporate a modern integrated curriculum and the other three a conventional discipline-based curriculum. Our study therefore shows that neuroanatomy is approached differently according to each institutional culture. The great variability in neuroanatomy studies across medical schools emphasizes the need for the creation of a national core curriculum on undergraduate neuroanatomy.

RESUMO

A educação médica pré-graduada está a passar por um processo de reforma, levando a algumas mudanças curriculares, que incluem a neuroanatomia. Neste contexto, o objetivo do nosso estudo foi avaliar o estado da educação pré-graduada neuroanatômica nas escolas médicas portuguesas para fornecer uma base para uma discussão mais informada sobre a revisão curricular. Todas as sete escolas médicas portuguesas participaram do estudo. Quatro delas refletem um currículo integrado moderno, e as outras três um currículo convencional baseado na disciplina. O nosso estudo mostra que a neuroanatomia está sendo abordada de forma diferente de acordo com cada cultura institucional. A grande variabilidade na educação neuroanatômica nas escolas médicas enfatiza a necessidade de criar um currículo nacional para a neuroanatomia pré-graduada.

Recebido em: 02/04/2015

Aprovado em: 27/02/2016

INTRODUCTION

In recent decades the paradigm of medical education has changed considerably in its priorities, contents and methods^{1,2,3}. At the European level the big booster of this paradigm shift was the Bologna process⁴, which aims to integrate and harmonize the European Higher Education Area. In this context, undergraduate medical education is undergoing a reform process that is moving away from a conventional (discipline-based) curriculum towards a modern (i.e., integrated system-based) curriculum⁵. Portuguese neuroanatomy teaching and learning is affected by these European curricular innovations and although Portuguese medical schools are revamping their neuroanatomy curriculum, it is still difficult to determine which model is the best. Nowadays, there are no national guidelines to help decide which is the minimum level of neuroanatomy knowledge that should be required to students or what is the core curriculum content. In this context developing and supplying data related to current status of undergraduate neuroanatomy education in Portuguese medical schools is essential, as this kind of information can help course directors and teaching faculty making changes and improvements to their educational programs.

MATERIAL AND METHODS

A semi-structured interview was developed and conducted to gather information about neuroanatomy courses in Portuguese medical schools during 2013. The members of faculty responsible for teaching neuroanatomy at each medical school were asked about the nature of their curriculum, the place of neuroanatomy within the medical curriculum and the amount of contact hours, the curriculum content, the teaching methodology, the resources used, the staff involved and the assessment methods used.

RESULTS

All seven medical schools (100%) who delivered 6-year courses of Medicine participated in the study (Table 1).

Faculty of Health Sciences of the University of Beira Interior
Faculty of Medicine of the University of Coimbra
Faculty of Medicine of the University of Lisbon
Faculty of Medicine of the University of Porto
Faculty of Medical Sciences of the New University of Lisbon
Institute for the Biomedical Sciences Abel Salazar of the University of Porto
School of Health Sciences of the University of Minho

Nature of their curriculum

From the seven Portuguese medical institutions, three (43%) reflect a conventional medical curriculum, with neuroanatomy representing an isolated course. The remaining four institutions (57%) adopt a modern medical curriculum, integrating neuroanatomy with other subjects, namely neurophysiology (three courses), neurohistology (three courses), neuropharmacology (two courses), psychology (two courses), neurochemical (two courses) and neuroradiology (one course).

One of the medical schools that reflects a modern curriculum is integrated within a "spiral" model of curriculum design, where neuroanatomy is revisited multiple times with increasing complexity to reinforce learning. In the remaining three medical schools that adopt a modern medical curriculum, building blocks are part of the curriculum and neuroanatomy instruction is based on a comprehensive "module" covering nervous system.

Place of neuroanatomy and the amount of contact hours

The place of neuroanatomy within the medical curriculum is shown in Table 2.

In all the courses reflecting a conventional curriculum, neuroanatomy was taught in the 2nd year.

In the three medical schools adopting a modern "modular" curriculum, neuroanatomy was also taught in the 2nd year. In the only medical school that reflect a modern "spiral" curriculum neuroanatomy was taught in the first, in the third and in the fifth year, allied to the clinical neuroscience courses.

We also explored the approximate number of contact hours of neuroanatomy per year (Table 2). The average total number of contact hours within medical schools following a conventional curriculum was 61h (minimum 56 and maximum 70) and in those adopting a modern curriculum was 21.3h (minimum 7 and maximum 32).

	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Year 5	Year 6	Total
Conventional curriculum courses (n = 3)	N/A	61h (56/70)	N/A	N/A	N/A	N/A	61h
Modern curriculum courses (n = 4)	"Modular" curriculum (n = 3)	N/A	21.3h (17/32)	N/A	N/A	N/A	21.3h
	"Spiral" curriculum (n = 1)	8h	N/A	7h	N/A	7h	22h

Curriculum content

Central nervous system (CNS) was included in the neuroanatomy content of all the curricula. Peripheral nervous system (PNS) was part of the neuroanatomy content in 33.3% of medical schools adopting a conventional curriculum and in 50% in those reflecting a modern curriculum, while esthesiology was part of the neuroanatomy content in 33.3% of medical schools adopting a conventional curriculum and in 75% in those reflecting a modern curriculum.

Teaching methodology

In medical schools following a conventional curriculum the lecture method was the most common instructional model, being used in 100% of the institutions; 66.6% of medical schools that reflect a conventional curriculum also used practical classes and seminars as teaching methods. Theoretical-practical classes were used in 33.3% of the institutions.

Lectures and practical classes (prosections at the Anatomical Theater) were used in 75% of the medical schools adopting a modern curriculum and seminars in 50%. In 25% of the institutions reflecting a modern curriculum there were also theoretical-practical classes. One of the medical schools also used integrated and cross-cutting activities that include lessons shared between various disciplinary areas and a mini-congress of neurosciences. In these mini-congress, students organized in small groups, presented a topic, treated in an integrated way and in relation to what is taught in various disciplines. Noteworthy that one of the schools adopting a modern curriculum focuses on a problem-based learning through clinical cases ("phase I, II and III" classes). In "phase I" classes some clinical cases are presented and discussed in order to show students what must be their objectives during that module. "Phase II" classes are practical classes arising in the anatomy laboratory and in the clinical skills laboratory and include learning the neurologic examination. In "phase III" classes teachers present clinical cases and discuss them with students.

Resources used

In medical schools adopting a conventional curriculum the most frequently used resource for teaching neuroanatomy was human cadaveric material, being used in "most sessions" in 66.7% of courses and in "some sessions" in 33.3%. In medical schools adopting a modern curriculum, human cadaveric material was used in 75% of courses in "some sessions", with 25% of courses using it "rarely".

In both curriculum types, neuroanatomical models were used to teach neuroanatomy in "some sessions".

Computed-based 3D tools were used "rarely" in medical schools adopting a conventional curriculum, but in "most sessions" in medical schools adopting a modern curriculum.

All the medical schools adopting a modern curriculum used medical imaging [magnetic resonance imaging (MRI) and computed tomography(CT)], in "most sessions". From the medical schools adopting a conventional curriculum 66.7% used it in "some sessions" and 33.3% "rarely".

Faculty staff

The majority of faculty staff involved in teaching neuroanatomy, in both curricula types, was part-time clinicians, clinically related to neurosciences (62.5% in medical schools adopting a conventional curriculum and 45.8% in medical schools reflecting a modern curriculum). Other part-time clinicians, not clinically related to neurosciences participated in the teaching process (31.3% in medical schools adopting a conventional curriculum and 35.4% in medical schools reflecting a modern curriculum). In both curricular types full-time academic staff was rarely involved in teaching neuroanatomy (6.3% in medical schools adopting a conventional curriculum and 2% in medical schools reflecting a modern curriculum). In 16.7% of medical schools adopting a modern curriculum there was also part-time non-clinician staff, namely biochemists and biologists.

Assessment

In one of the medical schools adopting a conventional curriculum (33.3%) the assessment was the result of continuous assessment (two practical assessment tests of identification of neuroanatomical structures, corresponding to 20%) plus final examination (oral examination, corresponding to 80%). In another medical school adopting a conventional curriculum the assessment consisted in a practical assessment (two moments of identification of neuroanatomical structures, corresponding to 10%) plus a final theory examination (written examination, with multiple-choice questions, discounting the wrong answers, corresponding to 90%). However, in this institution, students have the option to replace the final examination by two mini-tests. In another medical school adopting a conventional curriculum there was a distributed and a final assessment. The distributed assessment consists in a practical evaluation (two examinations of identification of neuroanatomical structures) and a theoretical evaluation (two written examinations with multiple-choice questions) plus a continuous assessment, depending on the frequency and quality of participation of the students in practical classes.

In all the medical schools adopting a modern curriculum (100%) neuroanatomy assessment was integrated with other basic medical sciences, through an integrated written examination, where multiple-choice questions integrated subjects approached in the various disciplines and were distributed in order to uniformly cover all areas of knowledge. Two of the schools adopting a modern curriculum (50%) also required students to complete and pass a specific neuroanatomy assessment before progressing to the final integrated examination. In one of these schools the specific neuroanatomy assessment consisted in a continuous assessment of the lessons plus a global practice (oral) test with weighting, respectively, of 20% and 80% and in the other one it included a practice (skills component) and a theoretical test (knowledge component) corresponding, respectively, of 40% and 60%.

DISCUSSION

Medical education has changed profoundly in recent decades⁶. Some of the changes are justified by the increasing complexity of scientific knowledge and by the improvement of technological means, leading to an emphasis on teaching medical students to effectively access and manage information and apply the knowledge in the clinical setting^{7,8}. Thus, a multimodal approach to education involving active learning, contextual learning of applied basic medical sciences, and longitudinal and vertical integration of curricula with assessment of competencies is the current pedagogical goal^{9,10}.

Anatomy education has always been regarded as an essential requirement in the medical curriculum¹¹. By learning anatomy, medical students get a first vision about the structure of the human body, which is the basis for understanding pathology and clinical problems.

Neuroanatomy, due to the complexity and specificity of the nervous system, differed from the general anatomy and took its own place in the curriculum¹². Having been accepted as an area of knowledge and acquisition of key competencies for clinical neuroscience^{13,14}, neuroanatomy is included in all European medical curricula.

However, neuroanatomy curriculum is changing¹⁵ and Portuguese medical schools continue to adjust and modify their programmes.

In this study we compared the undergraduate neuroanatomy education in Portuguese medical schools, to provide data to promote more conscious decisions in a period of curricular revision.

Our results indicate that there is considerable variability in neuroanatomical instruction in Portuguese medical schools, especially when comparing medical schools adopting a con-

ventional curriculum and medical schools that reflect a modern curriculum.

In our study we found that, although neuroanatomy is taught in the 2nd year in most of the medical courses, the average contact hours related to neuroanatomy is significantly lower in medical schools adopting a modern curriculum. This reduction in teaching hours is seen in almost every basic science across the world. In places like United States, United Kingdom, Ireland, Australia and New Zealand, anatomy teaching hours has declined sometimes by as much as 80%^{16,17,18}. In the United States, over the period from 2002 to 2009, the instruction hours for neuroanatomy had declined from 96±37 to 79±33 hours, respectively, representing an 18% decrease^{19,20,21}. Supporters of the conventional curriculum are afraid that this reduction in workload leads to a decrease in the amount of neuroanatomical knowledge. However, a reduction in teaching hours does not necessarily equate to a reduction in knowledge. Whillier and Lystad²² found that an increase in total hours of face-to-face teaching did not improve student grades. For the advocates of the modern curriculum what is important is that students acquire a sufficient knowledge base adequate for clinical practice.

Instruction of neuroanatomy encompasses multiple subdomains and forms of representation and the curriculum may include, besides the CNS, the PNS and esthesiology. In a time of curricular and course revision some medical educators argue that anatomy curriculum (including neuroanatomy) should focus on a core curriculum of the most clinically relevant topics^{23,24}. Moxham et al.²⁵, in their recent paper, described an approach, consisting in three stages, towards the development of core syllabuses for the anatomical sciences, providing preliminary findings relating to neuroanatomy. At the initial stage, an expert Delphi panel was composed consisting of about 20 persons from different countries, including one from Portugal. Delphi panel prepared and evaluated item/topic from a detailed list according to whether it has "essential", "important", "acceptable", or "not required" status, the aim being to devise a syllabus containing the core minimum knowledge deemed acceptable for a minimally competent student. In the stage 2 (consultation stage), anatomical and other cognate societies plus clinical authorities commented on Delphi panel's findings. In the stage 3, members of the anatomical societies and students were invited to participate in reviewing the proposed core syllabus. After a period of no more than 6 months the findings are further evaluated by the original Delphi panel, together with the IFAA's FIPAE. The items are then published for general consumption through the internet.

Teaching an undergraduate neuroanatomy course can be challenging, due to the sheer complexity of the organization

of nervous system²⁶. As neuroanatomy encompasses diverse anatomical levels (ranging from microscopic to macroscopic to gross anatomy), it tends to require a more systemic approach rather than a regional or topographic perspective as is often the case in many anatomy courses. Given these challenges, many studies have described pedagogical methods that go beyond the conventional lecture method of teaching neuroanatomy^{27,28,29}. The goal is to promote critical thinking and relate learning to real world scenarios, such as those found in clinical settings. Today, as a result of this, many medical schools have incorporated active learning methods such as case studies-based learning³⁰, problem-based learning (PBL)^{31,32}, inquiry-based teaching³³, equivalence-based instruction³⁴ and computer-based learning^{35,36} into their courses, where the main feature is the integration of different basic science disciplines in one course. In our study a shift was clearly visible from conventional education, with lecture-based teaching, to modern education, with a more interactive approach.

Traditionally, teaching anatomy has been dissection-based, with human cadaveric material being the paradigm of anatomy teaching since the Renaissance. However, human dissection has been gradually abandoned in anatomy curriculum³⁷. The enormous technological advances allowed to obtain computer-generated images, with multiplanar (virtual 3D) models, that facilitate and improve teaching and learning of anatomy, including neuroanatomy^{38,39}. Noninvasive imaging techniques⁴⁰, such as MRI and CT, besides becoming more important diagnostically, also allows in vivo anatomy study, promoting links to clinical practice. Our study reflects these changes, showing that medical schools adopting a modern curriculum used more computed-based 3D tools and medical imaging (MRI and CT) and less human cadaveric material than medical schools following a conventional curriculum.

Our study reports that the majority of faculty involved in the teaching/learning process of anatomy in Portuguese medical schools, in both curricula types, are part-time clinicians, clinically related to neurosciences. Historically practice of neuroanatomy instruction was by full-time career anatomists. Nowadays, however, as the aim is to give clinical relevance to neuroanatomy teaching, clinicians clinically related to neurosciences seem to be the best educational option (if even being part-time staff).

In both curriculum types the most frequently used mean of assessing neuroanatomy was written examination with multiple-choice questions. The big difference is that in medical schools that reflect a modern curriculum assessment is integrated with other basic medical sciences. To prevent students to pass the integrated examination performing very poorly

in neuroanatomy, but well in other subjects, 50% of the portuguese medical schools that adopted a modern curriculum have also a specific neuroanatomy assessment previously to the integrated examination.

CONCLUSION

In Portugal there are no national guidelines for the teaching of neuroanatomy, with each individual institution defining their own curriculum content, teaching methodology and assessment. This considerable variability in neuroanatomy content led to concerns regarding the possibility of also existing variable depth of understanding of neuroanatomy between graduates of different medical courses, emphasizing the necessity to create a national core curriculum for undergraduate neuroanatomy with the participation of all the Portuguese medical schools, Portuguese medical association with the allied cooperation of the colleges of specialty of neurology, neurosurgery, psychiatry and neuroradiology.

REFERENCES

1. Irby DM, Cooke M, O'Brien BC. Calls for reform of medical education by the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010. *Acad Med* 2010; 85:220–227.
2. Sierles F. The revolution is upon us. *Academic Medicine* 2010; 85: 799-805.
3. Frenk JI, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376(9756):1923-58.
4. Christensen L. The Bologna Process and medical education. *Med Teach*.2004; 26(7):625-9.
5. Carr SE, Celenza A, Lake F. Designing and implementing a skills program using a clinically integrated, multi-professional approach: using evaluation to drive curriculum change. *Med Educ Online* 2009;14:14.
6. Irby D. Educating physicians for the future: Carnegie's calls for reform. *Med Teach* 2011; 33:547–550.
7. Whitcomb ME. The teaching of basic sciences in medical schools. *Acad Med*. 2006; 81(5):413-4.
8. Kligler B, Maizes V, Schachter S, et al. Core competencies in integrative medicine for medical school curricula: A proposal. *Academic Medicine* 2004;79:521–31.
9. Johnson EO, Charchanti AV, Troupis TG. Modernization of an anatomy class: From conceptualization to implementa-

- tion. A case for integrated multimodal-multidisciplinary teaching. *Anat Sci Educ* 2012; 5:354–366.
10. Drake RL. A retrospective and prospective look at medical education in the United States: Trends shaping anatomical sciences education. *J Anat* 2014; 224: 256–260.
 11. McLachlan JC, Patten D. Anatomy teaching: ghosts of the past, present and future. *Medical Education* 2006; 40: 243–253.
 12. Mateen FJ, D'Eon MF. Neuroanatomy: a single institution study of knowledge loss. *Medical Teacher* 2008; 30: 537–539.
 13. Stern BJ, Jozefowicz R, Kissela B, Lewis SL. Neurology education: Current and emerging concepts in residency and fellowship training. *Neurologic Clinics* May 2010;475–87.
 14. Merlin LR, Horak HA, Milligan TA, Kraakevik JA, Ali II. A competency-based longitudinal core curriculum in medical neuroscience. *Neurology*. 2014 Jul 29;83(5):456–62.
 15. Hazelton L. Changing Concepts of Neuroanatomy Teaching in Medical Education. *Teaching and Learning in Medicine* 2011; 23(4): 359–364.
 16. Heylings DJA. Anatomy 1999–2000: the curriculum, who teaches it and how? *Med. Educ.* 2002; 36: 702–10.
 17. Sugand K, Abrahams P, Khurana A. 2010. The anatomy of anatomy: A review for its modernization. *Anat Sci Educ* 3:83–93.
 18. Leung KK, Lu KS, Huang TS, Hsieh BS. Anatomy instruction in medical schools: connecting the past and the future. *Adv. Health Sci. Educ.* 2006; 11: 209–15.
 19. Drake RL, Lowrie DJ, Prewitt CM. Survey of gross anatomy, microscopic anatomy, neuroscience, and embryology courses in medical school curricula in the United States. *Anat Rec* 2002; 269:118–122.
 20. Drake RL, McBride JM, Lachman, N, Pawlina, W. Medical education in the anatomical sciences: The winds of change continue to blow. *Anat Sci Educ* 2009; 2:253–259.
 21. Drake RL, McBride JM, Pawlina, W. An Update on the Status of Anatomical Sciences Education in United States Medical Schools. *Anat Sci Educ* 2014; 7:321–325.
 22. Whillier S1, Lystad RP. The effect of face-to-face teaching on student knowledge and satisfaction in an undergraduate neuroanatomy course. *Anat Sci Educ* 2013;6(4):239–45.
 23. Older J. Anatomy: a must for teaching the next generation. *Surgeon* 2004; 2(2):79–90.
 24. Craig S, Tait N, Boers D, McAndrew D. Review of anatomy education in Australian and New Zealand medical schools. *ANZ J Surg* 2010; 80:212–216.
 25. Moxham BJ1, Plaisant O, Smith CF, Pawlina W, McHanwell S. An approach toward the development of core syllabuses for the anatomical sciences. *Anat Sci Educ* 2014; 7:302–311 .
 26. Sheldon, J. P. A neuroanatomy teaching activity using case studies and collaboration. *Teach Psychol* 2000; 27: 126–128.
 27. Lynd-Balta. Using literature and innovative assessments to ignite interest and cultivate critical thinking skills in an undergraduate neuroscience course. *CBE – Life Sci Educ E* 2006; 5:167–174.
 28. Krontiris-Litowitz J. Using truncated lectures, conceptual exercises, and manipulatives to improve learning in the neuroanatomy classroom. *Adv Physiol Educ* 2008; 32:152–156.
 29. Svirko E, Mellanby J. Attitudes to e-learning, learning style, and achievement in learning neuroanatomy by medical students. *Med Teach* 2008; 30:219–227.
 30. Kennedy S. Using case studies as a semester-long tool to teach neuroanatomy and structure-function relationships to undergraduates. *J Undergrad Neurosci Educ.* 2013;12(1):A18–22.
 31. Nayak S, Ramnarayan K, Somayaji N, Bairy K. Teaching anatomy in a problem-based learning (PBL) curriculum. *Neuroanatomy* 2008; 5:2–3.
 32. Chakravarty M, Latif NA, Abu-Hijleh MF, Osman M, Dharap A, Ganguly PK.. Assessment of anatomy in a problem-based curriculum. *Clin Anat.* 2005; 18: 131–13.
 33. Greenwald RR, Quitadamo IJ. A Mind of Their Own: Using Inquiry-based Teaching to Build Critical Thinking Skills and Intellectual Engagement in an Undergraduate Neuroanatomy Course. *J Undergrad Neurosci Educ.* 2014 Mar 15;12(2):A100–6.
 34. Pytte CL1, Fienup DM. Using equivalence-based instruction to increase efficiency in teaching neuroanatomy. *J Undergrad Neurosci Educ.* 2012;10(2):A125–31.
 35. Chariker JH1, Naaz F, Pani JR. Item difficulty in the evaluation of computer-based instruction: an example from neuroanatomy. *Anat Sci Educ.* 2012;5(2):63–75.
 36. Pani JR1, Chariker JH, Naaz F. Computer-based learning: interleaving whole and sectional representation of neuroanatomy. *Anat Sci Educ.* 2013;6(1):11–8.
 37. Parker LM. Anatomical dissection: why are we cutting it out? Dissection in undergraduate teaching. *ANZ J. Surg.* 2002; 72: 910–12.
 38. Nowinski WL1, Thirunavuukarasuu A, Ananthasubramaniam A, Chua BC, Qian G, Nowinska NG, Marchenko Y, Volkau I. Automatic testing and assessment of neuroanatomy using a digital brain atlas: method and development of computer- and mobile-based applications. *Anat Sci Educ.* 2009;2(5):244–52.

39. Estevez ME1, Lindgren KA, Bergethon PR. A novel three-dimensional tool for teaching human neuroanatomy. *Anat Sci Educ.* 2010;3(6):309-17.
40. Familiari G1, Relucenti M, Heyn R, Baldini R, D'Andrea G, Familiari P, Bozzao A, Raco A. The value of neurosurgical and intraoperative magnetic resonance imaging and diffusion tensor imaging tractography in clinically integrated neuroanatomy modules: a cross-sectional study. *Anat Sci Educ.* 2013;6(5):294-306

CONTRIBUTIONS TO THE AUTHORS

Mavilde Arantes collected and analyzed data and wrote the article. Maria Amélia Ferreira guided every step of the work and conducted a critical review. Both authors approved the final version.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that they have no conflict of interest.

POSTAL ADDRESS

Mavilde Arantes
Faculty of Medicine of the University of Porto, Porto, Portugal
Al. Prof. Hernâni Monteiro, 4200 – 319
Porto – Portugal
E-mail: mavildearantes@hotmail.com

Burnout e Qualidade de Vida em uma Residência Multiprofissional: um Estudo Longitudinal de Dois Anos

Burnout and Quality of Life on a Multi-professional Residency: a Two-Year Longitudinal Study

Vinicius Santos Sanches¹
Patrícia de Moraes Ferreira¹
Angelita Viana Veronez¹
Rodrigo Koch¹
Albert Schiaveto de Souza¹
Maria de Fátima Meinberg Cheade¹
Gustavo Christofoletti¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Continuada;
- Educação em Saúde;
- Esgotamento Profissional;
- Qualidade de Vida;
- Educação Profissional em Saúde Pública;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Continuing Education;
- Health Education;
- Professional Burnout;
- Quality of Life;
- Professional Education in Public Health;
- Medical Education.

Recebido em: 30/04/2015

Reencaminhado em: 29/07/2015

Aprovado em: 14/03/2016

RESUMO

O processo de formação dos profissionais da saúde constitui um desafio a gestores e educadores devido à complexidade de estimular ao mesmo tempo habilidades profissionais, interpessoais e humanísticas do aluno. Os programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) apresentam caráter de vanguarda em nosso país ao incentivarem práticas multiprofissionais ativas e participativas na atenção em saúde. Neste estudo, investigamos os níveis de estresse e qualidade de vida dos acadêmicos durante os dois anos em que se encontravam em uma RMS. O cenário de prática envolveu assistência de alta complexidade a pacientes críticos. Durante os dois anos, constatamos aumento no nível de estresse dos acadêmicos, intimamente relacionado à queda na qualidade de vida. Diversos fatores físicos e psíquicos estão vinculados aos resultados, que devem gerar discussões nos núcleos docentes estruturantes de cada residência na proposição de medidas acolhedoras aos alunos.

ABSTRACT

The training process for health professionals constitutes a challenge for managers and educators since the procedures for stimulating professional, interpersonal, and human skills stand on a complex basis. Multi-professional Residence Programs (MRP) are somewhat cutting-edge in Brazil, based on the fact that they encourage active and participative multidisciplinary practices in health care. It was in this context that this study investigated student stress and quality of life during the two years spent on an MRP, with the practical scenario involving highly complex assistance administered to critically ill patients. Over the course of the two years, we were able to identify an increase in student stress levels, strongly related to a decrease in their quality of life. Many physical and psychological factors are linked to the results, and should generate debate within the academic structuring cores of each residence on measures which may be taken to better foster student welfare.

INTRODUÇÃO

O processo de formação dos profissionais da saúde constitui um desafio a gestores e educadores devido à complexidade de estimular ao mesmo tempo habilidades profissionais, interpessoais e humanísticas do aluno¹. A assistência ao paciente constitui atividade essencial, mas a visão clássica reforça atividades isoladas que pouco contribuem para o entendimento global do caso clínico ou da situação geral de um indivíduo.

Ainda que estejam direcionadas a um mesmo usuário e muitas vezes sejam desenvolvidas no mesmo ambiente físico e social de outras profissões da área da saúde, estas atividades não configuram práticas multiprofissionais integradoras dos saberes no ensino/serviço, resultando numa assistência fragmentada e distanciada das necessidades do paciente^{2,3}. Neste sentido, destacam-se os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), regulamentados como pós-graduação *lato sensu*, que buscam romper os paradigmas no processo de formação de profissionais, contribuindo para a melhoria dos serviços de saúde ofertados à população.

As RMS apresentam caráter diferenciado, uma vez que utilizam práticas ativas e participativas em serviço, tendo sempre a educação permanente como eixo pedagógico estrutural⁴. No modelo tradicional de ensino, as habilidades técnicas ganhavam grande importância, deixando em segundo plano questões éticas, morais, atitudes e habilidades de resolução de problemas. Contrastando com tal visão, as práticas educativas participativas integram a formação do profissional à realidade da comunidade, requerendo bom desenvolvimento de habilidades técnicas, comportamentais e interpessoais, além de apurado senso crítico sobre a responsabilidade social^{5,6}.

O governo federal vem investindo cada vez mais na criação de programas multiprofissionais⁷. Em 2009, a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) deu início a seu programa, com o objetivo de integrar e incentivar a troca de saberes entre profissões, com qualificação do profissional para realizar trabalho em equipe voltado ao Sistema Único de Saúde.

Como a RMS da UFMS está centrada na abordagem hospitalar ao paciente crítico, o grau de exigência a que o residente está submetido é muito grande, pois, de um lado, tem-se a gravidade dos casos assistidos, nos quais o residente lida constantemente com situações de tensão e morte⁸⁻¹⁰; de outro, se encontram questões psicossociais, ambientais e familiares, que exigem equilíbrio físico e mental dos discentes⁸⁻¹¹.

Nesta perspectiva, o cuidado à saúde do residente não deve ser negligenciado, uma vez que este, comumente, está exposto a situações de estresse. Quando há persistência do agente estressor e não resolução do evento, é comum o aparecimento da Síndrome de *Burnout*, entendida como uma cro-

nificação do estresse, com consequências negativas nos níveis individual, profissional, familiar e social¹².

A síndrome foi reconhecida como um risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos^{13,14}. É considerada pela Organização Mundial da Saúde como um problema endêmico em todo o mundo, corroborado por estudos que reportam alto nível de estresse em alunos residentes e em funcionários de hospitais^{12,15-18}.

Assim sendo, o propósito deste estudo foi investigar o nível de estresse e a qualidade de vida dos alunos residentes durante os dois anos de formação na RMS da UFMS, com a finalidade de propor melhorias para acompanhar e enfrentar os fatores estressores.

MÉTODOS

Para alcançar os objetivos, realizamos um estudo quantitativo com característica empírica e longitudinal. A população-alvo foi composta por residentes matriculados no programa de residência multiprofissional da UFMS, divididos em quatro equipes que compõem as categorias profissionais do programa: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia.

Como critérios de inclusão admitiram-se alunos de todas as áreas da residência e que desejassem participar dos procedimentos avaliativos durante os dois anos de formação no referido curso. Os critérios de exclusão foram delimitados seguindo casos de afastamento do programa superior a 30 dias, desligamentos ou desistências.

O local da coleta de dados foi o Hospital Universitário localizado em Campo Grande (MS). Os residentes foram convidados a participar do estudo em sua primeira semana. Após explicação dos benefícios desta pesquisa, dos direitos dos avaliados e do respaldo ético previamente adquirido (protocolo de aprovação nº 2.206), distribuiu-se o termo de consentimento livre e esclarecido, firmado por todos os participantes.

Rotina dos residentes

Durante os dois anos em que se encontraram no programa, os alunos perfizeram uma carga horária de 60 horas semanais, distribuídas entre atividades práticas, teóricas e teórico-práticas. As atividades práticas foram concentradas no período matutino, enquanto as atividades teóricas e as teórico-práticas foram realizadas no período vespertino. Todas as atividades se concentraram em eixos transversais do programa (comuns a todas as áreas) e em eixos específicos de cada profissão.

A semana-padrão dos residentes manteve-se inalterada durante os dois anos em que os alunos cursaram a residência, tendo havido alternância apenas do cenário de prática.

Enquanto no primeiro ano os alunos atuaram em setores de internação, desenvolvendo atenção aos usuários com intercorrências clínicas, cirúrgicas, urgência, emergência e doenças infectoparasitárias, no segundo ano as atividades se concentram em setores de unidades de cuidados intensivos, unidade coronariana e no centro de terapia intensiva.

Instrumento de coleta de dados

Para a coleta dos dados, foram aplicados o Inventário Maslach de *Burnout* (IMB)^{19,20} e o questionário de qualidade de vida *Short Form 36* (SF36)^{21,22}.

O IMB é formado por 22 questões, mediante as quais são atribuídos graus de intensidade que vão de “nunca” a “todos os dias”. O instrumento é composto por três subescalas: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Tais subescalas são importantes por avaliarem o estresse mental dos estudantes como alto, médio ou baixo. No caso do componente “exaustão emocional”, o nível de *burnout* é considerado elevado quando os valores ficam acima de 27 pontos; com valores entre 19 e 26, o nível de estresse é médio; valores abaixo de 19 correspondem a nível baixo de *burnout*. Quanto à “despersonalização”, pontuações superiores a 10 são consideradas níveis altos; de 6 a 9, níveis médios; e inferior a 6 indica nível baixo de estresse. Diferentemente, a “realização pessoal” funciona de forma oposta às anteriores: pontuações superiores ou iguais a 40 representam nível baixo de *burnout*; entre 34 e 39, nível médio; e inferiores ou iguais a 33, nível alto de estresse^{21,22}.

Já o SF36 é um questionário composto por 36 itens, distribuídos em oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Neste instrumento, o indivíduo recebe um escore de 0 a 100 em cada categoria, sendo que 0 representa o pior índice e 100 o melhor. Tanto o IMB quanto o SF36 foram aplicados em quatro momentos: início do primeiro ano, final do primeiro ano, início do segundo ano e final do segundo ano.

Na análise dos dados, utilizamos a estatística descritiva (média e erro-padrão) para caracterizar os achados e a estatística inferencial para comparar resultados entre grupos e momentos. A análise múltipla de variâncias para medidas repetidas (Anova de dois fatores) foi aplicada com o objetivo de observar o comportamento do IMB e SF36 nos sujeitos, agrupando os subtópicos de cada instrumento. Análises univariadas foram realizadas por meio do teste de análise de variâncias para medidas repetidas (Anova de dois fatores), associado ao pós-teste de Tukey.

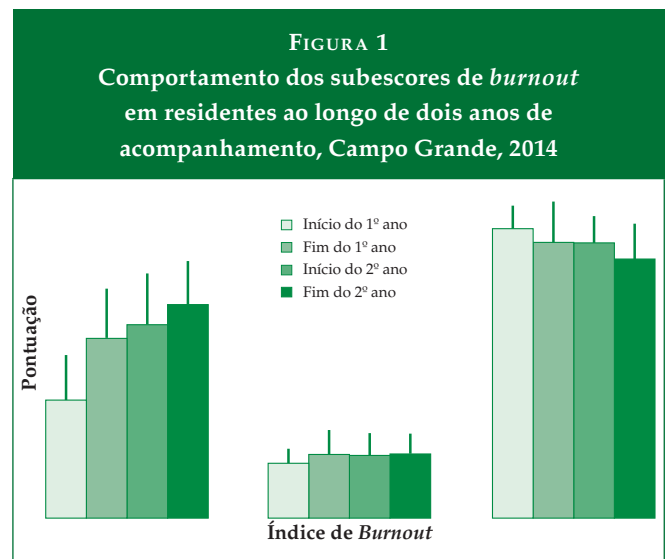
Em todas as análises, admitiu-se o nível de significância em 5%, sob um intervalo de confiança de 95%. A verificação

do tamanho do efeito de cada análise foi realizada por meio do eta ao quadrado parcial ($\eta^2\rho$) e do poder estatístico dos testes.

RESULTADOS

Esta pesquisa investigou o índice de *burnout* e a qualidade de vida dos 18 residentes matriculados no programa multiprofissional em saúde da UFMS, distribuídos em profissionais das áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia.

Os escores médios obtidos pelos sujeitos em relação ao índice de *burnout* estão presentes na Figura 1. Como se pode observar pelo padrão médio dos grupos, a subescala “exaustão emocional” passou de um nível de *burnout* baixo para moderado e chegando próximo ao limite alto de estresse no final do segundo ano da residência. O componente “despersonalização”, por sua vez, pouco variou, ficando os escores médios dos sujeitos sempre na faixa classificatória intermediária. O item “realização pessoal” sofreu alguma variação, passando da faixa classificatória de estresse médio no começo do primeiro ano para estresse alto no final do curso.



O teste de análise múltipla de variâncias evidenciou diferença significativa quanto aos sinais de *burnout* nos estudantes, potencializado ao longo dos dois anos de residência ($p = 0,004$; $\eta^2\rho = 0,247$; poder do teste: 95,41%). Análises univariadas indicaram aumento significativo no índice de exaustão emocional ($p = 0,001$; $\eta^2\rho = 0,661$; poder do teste: 99,99%) e piora no índice de realização pessoal ($p = 0,030$; $\eta^2\rho = 0,277$; poder do teste: 70,95%) dos alunos. Conforme analisado anteriormente, não houve diferença quanto ao escore de desperso-

nalização durante os dois anos de avaliação dos discentes ($p = 0,238$; $\eta^2p = 0,238$; poder do teste: 34,93%).

Os valores de qualidade de vida dos residentes encontram-se na Tabela 1. A análise conjunta de todos os componentes mensurados pelo SF36 aponta uma piora progressiva do índice de qualidade de vida dos alunos ($p = 0,011$; $\eta^2p = 0,429$; poder do teste: 98,05%). Análises univariadas indicam piora de escore nos seguintes itens: aspectos físicos ($p = 0,001$; $\eta^2p = 0,525$; poder do teste: 99,44%); dor ($p = 0,001$; $\eta^2p = 0,432$; poder do teste: 95,62%); vitalidade ($p = 0,001$; $\eta^2p = 0,328$; poder do teste: 98,68%); e saúde mental ($p = 0,012$; $\eta^2p = 0,247$; poder do teste: 81,83%). Não houve alteração significativa nos componentes capacidade funcional ($p = 0,170$; $\eta^2p = 0,167$; poder do teste: 41,56%), estado geral de saúde ($p = 0,107$; $\eta^2p = 0,199$; poder do teste: 50,32%), aspectos sociais ($p = 0,206$; $\eta^2p = 0,153$; poder do teste: 37,83%) e aspectos emocionais ($p = 0,054$; $\eta^2p = 0,243$; poder do teste: 62,38%).

TABELA 1
Comportamento dos componentes de qualidade de vida em residentes ao longo de dois anos de acompanhamento, Campo Grande, 2014

	Começo 1º ano	Final 1º ano	Começo 2º ano	Final 2º ano
Capacidade funcional	90,35 ± 11,34	89,50 ± 10,83	83,57 ± 11,50	84,64 ± 10,27
Aspectos físicos	83,92 ± 25,20	48,21 ± 31,72	42,85 ± 39,74	35,71 ± 38,87
Dor	78,57 ± 21,47	59,50 ± 20,06	58,64 ± 20,79	55,07 ± 20,28
Estado geral de saúde	76,85 ± 22,05	65,50 ± 26,89	62,28 ± 27,10	64,42 ± 23,98
Vitalidade	73,21 ± 11,37	48,21 ± 13,95	50,00 ± 16,05	49,28 ± 18,79
Aspectos sociais	79,46 ± 19,98	66,07 ± 27,04	63,39 ± 21,63	61,60 ± 28,78
Aspectos emocionais	83,32 ± 31,35	49,99 ± 33,96	52,38 ± 50,15	40,47 ± 45,62
Saúde mental	78,57 ± 13,18	69,71 ± 11,91	64,57 ± 12,03	63,42 ± 18,15

Analisando possível diferença entre os escores de *burnout* e qualidade de vida entre os residentes das diversas áreas profissionais, o teste de análise múltipla de variâncias não apontou diferença entre o IMB ($p = 0,821$; $\eta^2p = 0,252$; poder do teste: 66,17%) e o SF36 ($p = 0,676$; $\eta^2p = 0,90$; poder do teste: 98,87%). Assim, é possível identificar que o padrão observado foi comum a todas as áreas profissionais. Análises univariadas reforçam este achado, por também apontarem semelhança significativa entre grupos para todos os componentes de *burnout* e qualidade de vida avaliados ($p > 0,05$ em todas as comparações).

DISCUSSÃO

Por meio desta pesquisa investigamos o índice de *burnout* e qualidade de vida dos residentes, e vislumbramos piora ao longo de dois anos do curso. Alterações no nível de estresse e qualidade de vida já foram constatadas em pesquisas prévias,

reforçando os achados aqui obtidos^{12,16,17}. Entender os fatores desencadeadores de estresse é essencial para prevenir tais situações e potencializar a assistência e o aprendizado do residente.

A sobrecarga observada nos residentes pode ser explicada em parte pelo perfil dos alunos, usualmente recém-graduados e com pouca experiência assistencial²³. A transição acadêmico-profissional, com a natural insegurança frente às mudanças, pode ter interferido nos índices de saúde dos residentes. No entanto, caso a experiência profissional fosse o único fator atrelado ao nível de estresse e ao declínio da qualidade de vida dos acadêmicos, a tendência seria observarmos uma melhora em ambas as variáveis ao longo do tempo de experiência na residência – fato que não ocorreu. Assim, outros fatores devem ter exercido influência, como detalhado a seguir.

O medo de cometer erros, bem como crescentes cobranças e responsabilidades impostas aos residentes são fatores comumente associados aos níveis de estresse e exaustão emocional²⁴. Diferentemente dos atendimentos realizados na graduação, onde o docente permanece em contato direto com o aluno, o residente nem sempre se vê próximo ao professor no cenário de prática^{23,25}. Muitas vezes, esta situação é sanada pela figura do preceptor – usualmente o profissional do serviço –, que possibilita acesso mais próximo ao acadêmico. Mesmo assim, é importante reconhecer que o preceptor fica sobrecarregado, esbarrando ao mesmo tempo com a corresponsabilização sobre os alunos e as suas diversas atribuições profissionais, muitas vezes deixando o discente sozinho no cenário de prática e aumentando a insegurança do aluno.

Diante de situações corriqueiras de estresse e tensão, é natural que o profissional se volte unicamente para si e utilize recursos de isolamento como forma de enfrentar a dificuldade, potencializando o sentimento de frustração²⁶. Entre as consequências físicas associadas à insatisfação e ao estresse crescente é comum identificarmos somatizações algícas com uma direta influência na qualidade de vida do residente. A literatura já demonstrou presença de fadiga muscular e aumento do risco de aparecimento de complicações osteomioarticulares relacionadas ao trabalho – fruto, muitas vezes, de esforços excessivos e posturas inadequadas associadas a abalos psicológicos²⁷⁻³⁰.

Ainda devemos considerar que o nível crescente de estresse e o declínio de qualidade de vida podem estar sendo influenciados por incertezas frente ao futuro³¹. A abertura exponencial de cursos da área da saúde tem gerado uma concorrência cada vez mais acirrada entre profissionais, e a finalização da residência vislumbra uma nova demanda de inserção no mercado de trabalho³². Este dado é corroborado por pes-

quisas prévias^{33,34}, que compararam níveis de estresse de profissionais com situações mais estáveis na carreira (efetivos no trabalho) frente a profissionais em situações contratuais mais instáveis (contratos temporários).

Outro fator que pode estar vinculado ao desgaste físico e mental dos alunos é a carga horária de trabalho, estipulada em nosso programa em cinco dias semanais e plantões nos finais de semana. A carga horária extensiva e o turno de trabalho integral com ritmo acelerado e jornadas longas, associadas a poucas pausas para o descanso e refeições, são comuns em muitas residências, podendo afetar a saúde dos discentes³⁵. É importante destacar que o vínculo de trabalho de cada residência deve obedecer aos aspectos normativos do Ministério da Educação, que sentenciam a necessidade de cumprimento de uma carga horária extensa, sendo 80% de atividades práticas e 20% de atividades teóricas⁷. Uma proposta para amenizar essa problemática está na redução da carga horária para os residentes, fato que já ocorre em diversos países^{25,36}.

Diante dos achados obtidos em nosso estudo, vale refletir sobre as funções dos programas de RMS em nosso país. De um lado, é notório que eles potencializam os atendimentos à população brasileira nos diversos cenários e níveis de atenção à saúde – melhorando os serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde. De outro, no entanto, é de grande interesse que o aluno não seja caracterizado como “tocador de serviço”, uma vez que a formação em serviço denota um conjunto de atividades de ensino mediado por tutores e preceptores – não restrito aos atendimentos em si. Um terceiro ponto que não pode ser negligenciado vincula-se à função da residência de servir de estratégia para introduzir novas formas de organizações coletivas em saúde, demonstrando flexibilidade e participação ativa de toda a equipe no cuidado à população. Esta é, portanto, uma estratégia de educação permanente em saúde que busca promover mudanças no modelo assistencial ainda hegemônico na saúde pública do nosso país, questionando a realidade de maneira reflexiva e desenvolvendo alterações práticas que operem “realidades vivas”³⁷.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo reforçam achados previamente identificados na literatura, nos quais residentes apresentam nível de estresse crescente e comprometimento da qualidade de vida.

Inseguranças pessoais e profissionais demonstram estar vinculadas aos resultados identificados nesta pesquisa, cabendo aos núcleos docentes estruturantes de cada instituição identificar os agentes estressores e propor meios acolhedores aos alunos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Capes e ao CNPq.

REFERÊNCIAS

1. Secomb J. A systematic review of peer teaching and learning in clinical education. *J Clin Nurs*. 2008;17(6):703-16.
2. Baces DS, Koerich MS, Rodrigues ACRL, Drago LC, Klock P, Erdmann AL. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos do usuário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):903-10.
3. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões da saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1400-10.
4. Rosa SD, Lopes RE. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação Lato Sensu no Brasil: Apontamentos Históricos. *Trab Educ Saúde*. 2010;7(3):479-98.
5. Olckers L, Gibbs TJ, Duncan M. Developing health science students into integrated health professionals: a practical tool for learning. *BMC Medical Education*, London. 2007;(7):45.
6. Christofolletti G, Fernandes JM, Martins AS, Oliveira-Junior AS, Carregaro RL, Toledo AM. Aplicabilidade de métodos ativos de aprendizagem em uma disciplina de ética em saúde. *Rev Eletrônica Educ*. 2014;8(2):188-97.
7. da Motta LB, Pacheco LC. Integrating medical and health multiprofessional residencu programs: The experience in building an interprofessional curriculum for health professionals in Brazil. *Educ Health*. 2014;29(1):83-8.
8. Caregnato RCA, Lautert L. O estresse da equipe multiprofissional na Sala de Cirurgia. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(5):545-550.
9. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs*. 2010;36(5):420-7
10. Shorter M, Stayt LC. Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *J Adv Nurs*. 2010;66(1):159-67
11. Guido LA et al. Stressors in the nursing care delivered to potential organ donors. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2009;17(6):1023-1029.
12. Guido LA, Goulart CT, da Silva RM, Lopes LF, Ferreira EM. Stress and burnout among multidisciplinary residents. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(6):1064-71.
13. Maslach CGJ. Prevention of burnout: new perspectives. *Applied Preventive Psychology*. 1998(7):63-74.

14. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev. Latino Am Enfermagem*. 2005;13:255-61.
15. Ríos Rísquez MI, Peñalver Hernández F, Godoy Fernández C. Burnout and perceived health in Critical Care nursing professionals. *Enferm Intensiva*. 2008;19(4):169-78.
16. Guido LA, da Silva RM, Goulart CT, Bolzan ME, Lopes LF. Burnout syndrome in multiprofessional residents of a public university. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1477-83.
17. Kang EK, Lihm HS, Kong EH. Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. *Korean J Fam Med*. 2013;34(1):36-42.
18. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units – a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiol*. 2013;13(1):38.
19. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2:99-113.
20. Benevides-Pereira AMT. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides-Pereira AMT (Ed). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p.21-91.
21. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
22. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
23. Lourenco LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Health and quality of life of medical residents. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(1):81-91.
24. Zare MH, Ahmadi B, Akbari Sari A, Arab M, Movahed-Kor E. Quality of Working Life on Residents Working in Hospitals. *Iranian J Publ Health*. 2012;41(9):78-83.
25. Campbell J, Prochazka AV, Yamashita T, Gopal R. Predictors of Persistent Burnout in Internal Medicine Residents: A Prospective Cohort Study. *Acad Med*. 2010;85(10):1630-4.
26. Trindade LL, Lautert L, Beck CLC. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da estratégia de saúde da família. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2009;17(5):607-612.
27. Souza D'Avila L, Fraga Sousa GA, Sampaio F. Prevalência de distúrbios musculoesqueléticos relacionadas ao trabalho em fisioterapeutas da Rede Hospitalar SUS-BH. *Rev Bras Fisioter*. 2005;9(2):219-225.
28. Magnago TSBS, Lisboa MTL, Souza IEO, Moreira MC. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(6):701-5.
29. Freitas-Swerts FCT, Robazzi MLCC. The effects of compensatory workplace exercises to reduce work-related stress and musculoskeletal pain. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2014;22(4):629-36.
30. Freitas AR, Carneseca EC, Paiva CE, Paiva BSR. Impact of a physical activity program on the anxiety, depression, occupational stress and burnout syndrome of nursing professionals. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2014;22(2):332-6.
31. Christofoletti G, Trelha CS, Galera RM, Feracin MA. Síndrome de burnout em acadêmicos de fisioterapia. *Fisioter Pesq*. 2007;14(2):35-9.
32. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Undergraduate programs for health professionals in Brazil: an analysis from 1991 to 2008. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):383-91.
33. Silva MCM, Gomes ARS. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estud Psicol*. 2009;14(3):239-48.
34. França FM, Ferrari R, Ferrari DC, Alves ED. Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2012;20(5):961-70.
35. Rocha MCP, Martino MMF. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):280-6.
36. Blum AB, Shea S, Czeisler CA, Landrigan CP, Leape L. Implementing the 2009 Institute of Medicine recommendations on resident physician work hours, supervision, and safety. *Nat Sci Sleep*. 2011;3:47-85.
37. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*. 2006;2(2):147-160.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Vinícius Santos Sanches participou da elaboração do projeto de pesquisa, no desenho metodológico do estudo, na revisão da literatura e na redação do texto. Patrícia de Moraes Ferreira, Angelita Viana Veronez e Rodrigo Koch auxiliaram na coleta de dados, na revisão da literatura e na redação do texto. Albert Schiaveto de Souza e Maria de Fátima Meinberg Cheade auxiliaram nos aspectos metodológicos do estudo, na análise dos dados e na correção do texto. Gustavo Christofoletti realizou a orientação geral do trabalho, tendo participado da concep-

ção da pesquisa e do desenho metodológico, na análise dos dados e na redação do trabalho.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Gustavo Christofolletti

UFMS – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Caixa Postal 549 – Cidade Universitária – Campo Grande

CEP 79070-900 – MS

E-mail: g.christofolletti@ufms.br

Cuidados com a Saúde Autosseleccionados pelos Usuários da Atenção Primária

Health Initiatives Self Selected by Users of Primary Healthcare

Christina Danielli Coelho de Morais Faria^{I,II}

Bárbara Paula de Barros Carvalho-Pinto^I

Caroline Teles de Andrades Pereira^{I,II}

Raíssa Soares Neves da Costa^{I,II}

Vinycios Sergio de Castro^{I,II}

Tânia Cinara Rodrigues Nunes^{I,II}

Daniela de Melo Alvim Machado^{I,II}

Iara Nascimento Sales^{I,II}

RESUMO

Este estudo descreve as mudanças em cuidados com a saúde que usuários da atenção primária escolheram adotar após participarem de uma ação de educação em saúde sobre cuidados com a saúde e determinar o grau de comprometimento desses usuários com essas mudanças autoestabelecidas. Foi desenvolvida uma ação de educação em saúde com usuários da atenção primária sobre cuidados com a saúde. Os indivíduos foram avaliados imediatamente após esta ação e dois a três meses depois, por meio de um questionário semiestruturado. Os relatos foram analisados pela análise de conteúdo. Entre os participantes, 31% tiveram como objetivo praticar atividade física, 28% melhorar a alimentação, 22,9% cuidar da saúde mental, 12,6% emagrecer, 10,3% cuidar da saúde em geral, 6,9% consumir menos álcool, 4,6% parar de fumar, e 1,15% cuidar do meio ambiente. Após dois a três meses, 8,62% não se lembraram e não cumpriram as metas autoestabelecidas, 22,41% as cumpriram totalmente, e 68,97%, apesar de se lembrarem, não as cumpriram. Desses, 77,5% apontaram como motivo para o não cumprimento a falta de disciplina, 17,5% a falta de tempo e 5% problemas de saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe changes in self-care to be adopted by users of primary healthcare services in Brazil upon participation in a health education initiative, and to determine their involvement with these changes. A health education initiative was therefore developed with users of primary healthcare services in Brazil, with subjects assessed immediately afterwards and then two to three months apart (by means of a semi-structured questionnaire). Analyzed according to content analysis, reports showed that 31% of participants selected physical activity as a means of improving their health, 28% selected improving food habits, 22.9% improving mental care, 12.6% losing weight, 10.3% healthcare in general, 6.9% drinking less alcohol, 4.6% quitting smoking and 1.15% caring for the environment. After two to three months, 8.62% did not remember which they had selected to improve their health while 22.41% performed the selected initiative and 68.97% remembered their selection without going on to take the actions. Among participants, 77.5% claimed not to have been committed to the actions selected, 17.5% reported not having time and 5% said they suffered from health problems.

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Saúde Pública;
- Autocuidado;
- Educação em Saúde;
- Atenção Primária à Saúde;
- Promoção da Saúde.

KEYWORDS

- Medical Education;
- Public Health;
- Self Care;
- Health Education;
- Primary Healthcare;
- Health Promotion.

Recebido em: 13/07/2015

Aprovado em: 13/01/2016

^I Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

^{II} Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil

INTRODUÇÃO

Um novo conceito relacionado à saúde vem sendo criado desde a década de 1940, quando se iniciou o uso do termo promoção da saúde e começou a se considerar que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura e formas de distração e descanso à população¹. Desde então, tal conceito vem se tornando mais amplo e inclusivo. A partir da década de 1970, a saúde foi definida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções², substituindo a antiga visão biológica, curativa e reducionista. Assim, a concepção de saúde evoluiu gradativamente, tornando-se mais holística, igualitária e universal³.

A promoção da saúde é a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida. Ao se promover a saúde, proporcionam-se aos indivíduos os meios necessários para melhorar e exercer o autocuidado. Um dos princípios da promoção da saúde é o empoderamento, definido como o processo educativo destinado a ajudar o indivíduo a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessários para assumir efetivamente a responsabilidade pelas decisões acerca de sua saúde⁴.

Com o empoderamento, é possível que os indivíduos sejam capazes de viver a vida em seus distintos âmbitos e de lidar com limitações impostas por eventuais enfermidades, o que sugere que estas ações devem ser realizadas em diversos lugares, entre os quais a escola, o domicílio, o trabalho e os coletivos comunitários⁵. Indivíduos mais interessados, autônomos, envolvidos e empoderados interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde, praticando ações que produzem resultados positivos para o cuidado à saúde e para a qualidade de vida⁶. A promoção da saúde deve, portanto, fortalecer a participação social, buscando a equidade e o empoderamento individual e comunitário⁷.

Segundo Cerqueira⁸, a promoção da saúde abrange a dimensão conceitual, que se refere a princípios, premissas e conceitos que sustentam a política, e à dimensão metodológica, que abrange práticas, planos de ação e medidas de intervenção. Os princípios são muito bem delimitados, o que, no entanto, nem sempre é válido para a prática. Os planos de ação dificilmente traduzem os princípios de forma coerente e eficaz.

A Educação Popular em Saúde é um dos instrumentos que reorienta práticas de promoção à saúde e tem buscado romper com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre os serviços de saúde e a população⁹. Com a sua criação, verificou-se o surgimento de novas propostas para tratar os problemas

de saúde, marcadas pela integração entre os saberes técnico e popular e por mútua colaboração^{10,11}. Além disso, é necessário conhecer os indivíduos aos quais se destinam as ações de saúde e envolvê-los nessas ações, pois a educação deve reforçar a confiança do indivíduo nele mesmo e aumentar a responsabilidade individual e coletiva. Assim, é necessário ir além da reprodução do saber técnico e das práticas verticais que visam apenas transmitir conhecimentos prontos sobre saúde e qualidade de vida¹².

A fim de que os indivíduos assumam o controle sobre os fatores que afetam suas condições de vida, é necessário que eles conheçam e participem do que pode ser feito para promover a sua saúde geral, utilizando iniciativas simples e importantes, que podem ser realizadas no dia a dia. É preciso, também, romper com a visão de medicalização da saúde, que expressa o enfoque reducionista da abordagem à saúde¹³, e reconstruir de forma consciente um pensamento voltado para a prevenção de doenças e agravos e para a promoção da saúde, utilizando para isso métodos de educação em saúde que permitam tal modificação. Dessa forma, a abordagem educacional deve possibilitar uma aprendizagem transformadora, em que indivíduos e comunidade construam atitudes que favoreçam a saúde e sua promoção, em favor de suas vidas diárias e do seu desenvolvimento pessoal e coletivo¹².

Desde a década de 1970, vários projetos de intervenção populacional foram desenvolvidos com o objetivo de promover mudanças comportamentais que fossem capazes de melhorar o cuidado com a saúde¹⁴, criando relações de vínculo e responsabilização e, principalmente, a promoção da saúde⁶. Um dispositivo capaz de viabilizar a promoção da saúde é a educação em saúde, que permite que os indivíduos se envolvam no próprio cuidado, tornando-os corresponsáveis pela melhora da sua condição de vida e permitindo que eles tenham a autonomia e o empoderamento necessários para efetivar as ações de promoção da saúde¹⁵. Para que haja fortalecimento de tais ações e melhoria dos cuidados, é necessária uma articulação entre os indivíduos e os serviços de saúde, principalmente a atenção primária de saúde, que se apresenta como cenário favorável ao desenvolvimento de ações intersetoriais, de participação social e de empoderamento do indivíduo e do coletivo¹⁵⁻¹⁷.

Assim, com o objetivo de favorecer a promoção da saúde e o empoderamento, especificamente relacionado aos fatores pessoais, utilizando-se o modelo dialógico de educação popular em saúde¹⁵ e sob uma concepção integral de autocuidado, os objetivos deste estudo foram descrever as mudanças em cuidado com a saúde que usuários da atenção primária escolheram adotar após terem recebido informações gerais e

básicas sobre cuidados em saúde e determinar o grau de comprometimento desses usuários com essas mudanças autoestabelecidas.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo teve caráter transversal exploratório e foi realizado com uma amostra de conveniência de usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do distrito sanitário nordeste da cidade de Belo Horizonte/Brazil. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa da linha temática de Promoção da Saúde, Prevenção de Agravos e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da UFMG, realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O grupo tutorial em questão, composto por uma tutora, professora do Departamento de Fisioterapia da UFMG, por quatro preceptores (médicos e enfermeiros) da UBS e nove acadêmicos de cursos de graduação da área da saúde (Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia), planejou e desenvolveu o projeto “Circuito da Saúde”, voltado para a promoção da saúde dos usuários da UBS, que foi realizado em um espaço próximo à sala de espera da UBS. Abordado no espaço físico da UBS, o usuário que desejou participar voluntariamente foi acompanhado por um acadêmico do Pró-Saúde/PET-Saúde pelo “Circuito da Saúde”, onde discutiram e trocaram informações básicas, de forma verbal e ilustrada, relacionadas a diferentes cuidados com a saúde. Em seguida, os usuários foram orientados a selecionar um cuidado com a saúde a ser adotado e a estabelecer metas individuais relacionadas a este cuidado, baseando-se nas informações fornecidas.

Considerando a amplitude e complexidade de discussão do tema “saúde”, além do caráter multidisciplinar do grupo tutorial, determinou-se previamente que seriam abordados cinco temas, denominados “Estações da Saúde”: Alimentação, Atividade Física, Bem-Estar, Autocuidado e Meio Ambiente (Figura 1). Para maior uniformização do conteúdo discutido e para adequar as apresentações das estações a uma linguagem de fácil compreensão, os acadêmicos criaram um roteiro com as informações a serem discutidas com os participantes do circuito e ilustraram as diferentes “Estações da Saúde”.

Cada usuário da UBS que concordou em participar voluntariamente do “Circuito da Saúde” participou de cinco etapas: (1) uma entrevista, feita pelo acadêmico do Pró-Saúde/PET-

-Saúde, para a coleta de dados sociodemográficos e de auto-percepção de saúde, com base em um questionário semiestruturado (avaliação-1); (2) discussão entre acadêmico e usuário sobre o conceito de saúde; (3) passagem pelas cinco “Estações da Saúde”, com discussão e troca de informações básicas sobre cuidados com a saúde em cada uma delas; (4) segunda avaliação (avaliação-2), realizada logo após a passagem pelas “Estações da Saúde”, para a coleta de algumas informações, dentre elas a seleção de uma mudança que o indivíduo realizaria ao longo do ano no sentido de melhorar a sua saúde (autoestabelecimento da meta de melhora da saúde); (5) avaliação-3, dois a três meses após o dia em que ocorreram as quatro etapas anteriores. Nesta última avaliação, o indivíduo foi questionado se lembrava da mudança selecionada na avaliação-2, se conseguiu realizá-la parcial ou completamente, com justificativa. As cinco etapas do “Circuito da Saúde” foram realizadas pelo mesmo acadêmico e respectivo usuário que ele havia abordado inicialmente.



As respostas às perguntas mencionadas na avaliação-2 e avaliação-3 foram analisadas por metodologia qualitativa. O método utilizado foi o de análise de conteúdo, seguindo as etapas propostas por Bardin¹⁸: pré-análise, exploração do material, categorização, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Dessa forma, de início, os questionários foram exaustivamente estudados com o objetivo de se encontrarem recorrências nas respostas, as quais funcionaram como indicadores para agrupar as citações em categorias temáticas que emer-

giram com base nos conteúdos das respostas. Estas citações foram analisadas e agrupadas em categorias temáticas por meio das quais se classificou o material estudado¹⁸. Essas categorias permitiram melhor compreensão e organização das citações dos indivíduos em cada uma das perguntas, favorecendo as interpretações e análises finais^{18,19}. Finalizada a categorização e interpretação dos resultados, foi realizado um cálculo de frequência das categorias referente a cada uma das perguntas. Para as demais variáveis, foi realizada análise estatística descritiva, utilizando-se o pacote estatístico SPSS® para Windows (Versão 17.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA).

RESULTADOS

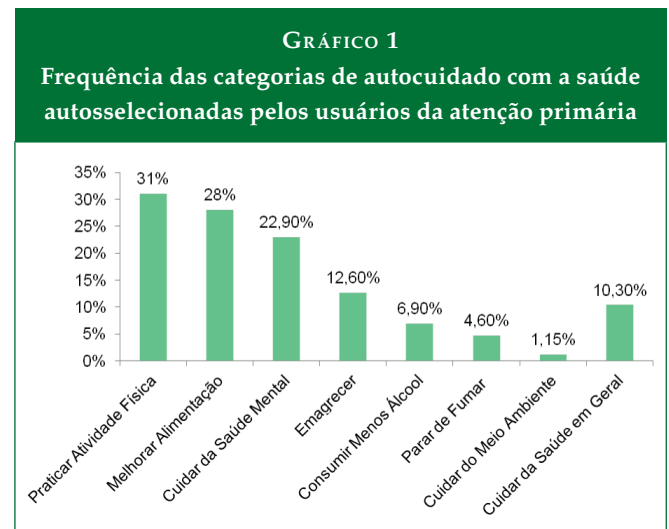
Cento e quatro usuários da UBS participaram do “Circuito da Saúde”. Destes, 10 (9%) participantes não puderam completar todo o circuito e, portanto, não responderam às perguntas de interesse deste estudo. Dos 94 participantes que completaram todo o circuito, 7 (7,7%) não quiseram apontar o cuidado com a saúde que desejariam modificar. As justificativas apresentadas foram a ausência de hábito para estabelecer metas, medo de se comprometer ou ausência de relação com as suas crenças.

Dessa forma, 87 participantes (43,57 ± 16,10 anos; 23% homens e 77% mulheres) completaram as cinco etapas e foram incluídos no presente estudo. Desses, 33,3% apresentavam diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 8% de diabetes mellitus (DM). Os outros diagnósticos médicos apareceram em frequência menor que 5% e, portanto, não foram destacados. Com relação à autopercepção de saúde, a maioria dos indivíduos (55%) a classificou como “boa”, seguida de regular (24%), excelente (14%), ruim e péssima (3,5% cada).

Com base na análise de conteúdo das respostas de cada participante, emergiram oito categorias distintas de cuidados com a saúde a serem adotados: praticar atividade física; melhorar a alimentação; cuidar da mente; emagrecer; consumir menos álcool; parar de fumar; cuidar do ambiente; cuidar da saúde em geral. Embora o acadêmico solicitasse aos participantes que apontassem apenas um cuidado com a saúde, alguns apontaram mais de um. Vinte e sete (31%) participantes tiveram como objetivo praticar atividade física; 25 (28%) melhorar a alimentação; 20 (22,9%) cuidar da saúde mental; 11 (12,6%) emagrecer; 9 (10,3%) cuidar da saúde em geral; 6 (6,9%) consumir menos álcool; 4 (4,6%) parar de fumar; e 1 (1,15%), cuidar do meio ambiente (Gráfico 1).

Após busca ativa pelos acadêmicos do Pró-Saúde/PET-Saúde, dos 87 usuários que completaram a avaliação-2, apenas 58 participaram da avaliação-3 após um período de dois a três meses (44,95 ± 15,13 anos de idade; 20,7% homens e 79,3%

mulheres). Os motivos pelos quais 29 usuários (33,33%) não participaram desta etapa foram: ausência de respostas nas tentativas de contato realizadas, mudança de telefone, mudança de endereço ou não se disponibilizaram a participar voluntariamente da reavaliação. Dos 58 que participaram da avaliação-3, ao serem questionados se lembravam de quais foram os cuidados com a saúde autosseleccionados, 41 (70,7%) se lembraram imediatamente, 10 (17,24%) se lembraram com ajuda e 7 (12,06%) não se lembraram, mesmo com ajuda.



Na segunda pergunta da avaliação-3, o participante foi questionado sobre seu comprometimento com a meta autoestabelecida individualmente para melhorar a saúde. Dos 58 que participaram desta etapa, 5 (8,62%) não se lembraram e não cumpriram os cuidados com a saúde autosseleccionados, 13 (22,41%) cumpriram totalmente o objetivo estabelecido, e 40 (68,97%) não cumpriram totalmente. Desses 40 usuários que não cumpriram totalmente, 77,5% disseram que não tiveram disciplina, 17,5% não tiveram tempo e 5% tiveram problemas de saúde que os impediram de cumprir as metas previamente autoestabelecidas.

DISCUSSÃO

Os objetivos deste estudo foram descrever as mudanças em cuidado com a saúde que usuários da atenção primária escolheram adotar após terem recebido informações gerais e básicas sobre cuidados em saúde e determinar o grau de comprometimento desses usuários com essas mudanças autoestabelecidas. As mudanças em cuidado com a saúde que os usuários da atenção primária escolheram adotar foram classificadas em oito categorias, sendo as mais citadas (totalizando 92,2%): pra-

ticar atividade física, melhorar a alimentação, cuidados com a saúde mental e cuidados com a saúde em geral. O grau de comprometimento com a mudança autoestabelecida após dois a três meses da ação de educação em saúde ocorreu em aproximadamente um terço dos indivíduos.

Considerando os dados sociodemográficos e de autopercepção de saúde coletados na avaliação-1, os participantes, em sua maioria, eram mulheres, adultas, sem doenças associadas e com “boa” autopercepção da saúde. A doença mais comumente relatada foi a HAS (33,3%), seguida da DM (8%). Essas características se assemelham àquelas observadas em outros estudos realizados com usuários do SUS no Brasil^{20,21}. Já foi demonstrado que as mulheres buscam com maior frequência os serviços de saúde, principalmente na faixa entre 20 e 59 anos e na atenção básica. As justificativas para isso estão relacionadas a barreiras socioculturais (homem visto como um ser forte, viril e, portanto, sem vulnerabilidade aos problemas de saúde) e institucionais (por exemplo, o horário de funcionamento das unidades coincide com o horário das jornadas de trabalho)²². Com relação à autopercepção de saúde, indivíduos com características semelhantes às da maioria dos indivíduos que participaram deste estudo (mulheres, adultas e sem doenças associadas) comumente a classificam como “boa”^{20,23}. Na presença de alguma doença associada, as mais comumente relatadas são HAS e DM^{24,25,26}, como observado no presente estudo.

Houve maior preocupação dos usuários com a prática regular de exercícios físicos e também com a melhoria dos hábitos alimentares, mesmo após terem recebido orientações sobre outros tipos de cuidado com a saúde. Isto pode estar relacionado ao grande número de participantes com HAS e DM, doenças que apresentam como importantes fatores de risco o sedentarismo e as questões metabólicas^{27,28}. Além disso, esses cuidados com a saúde são profunda e frequentemente explorados pelos meios de comunicação. Entretanto, o cuidado com a saúde não deve ser restrito apenas a alguns cuidados, nem deve focar apenas questões preventivas e de recuperação da saúde; ele deve ir além da intervenção de fatores de risco presentes no processo saúde-doença, envolvendo aspectos econômicos, sociais e ambientais²⁹.

Em relação ao comprometimento dos participantes, observou-se que, mesmo após terem recebido orientações simples sobre cuidados com a saúde, a maioria não assumiu de forma efetiva a execução dessas ações. Apenas 22% dos indivíduos disseram que se comprometeram efetivamente com as suas metas. Percebe-se, assim, que há dificuldades em tornar os indivíduos cogestores do próprio cuidado, principalmente quando este se relaciona à promoção da saúde. Porém, o pro-

fissional de saúde deve buscar educar o paciente de modo que este possa se capacitar para identificar suas próprias aspirações e satisfazer suas necessidades, tornando-se corresponsável por suas ações de saúde. Outra dificuldade encontrada foi relacionada ao comprometimento dos indivíduos com a ação realizada. Dos 87 usuários que completaram a avaliação-2, apenas 58 participaram da avaliação-3, que ocorreu com um intervalo de dois a três meses. Portanto, houve uma perda amostral de quase 35%. Este resultado sinaliza a necessidade de intensificar e realizar estas ações sistematicamente.

Por outro lado, é importante considerar que os 22% dos indivíduos que afirmaram ter se comprometido efetivamente com as suas metas representam cerca de um quinto dos participantes. Estes indivíduos, após participarem de uma proposta simples de educação em saúde, que praticamente não envolveu nenhum custo financeiro direto e foi feita em menos de 60 minutos, passaram a realizar efetivamente ações relacionadas ao cuidado com a saúde e escolhas saudáveis sobre suas vidas. Dessa forma, o “Circuito da Saúde”, como ação de educação em saúde, de fato marcado pela troca de saberes técnico e popular¹¹, possibilitou que os usuários falassem sobre suas concepções e processos de cuidado que vivenciaram ou vivenciam, permitindo uma reflexão por parte desses indivíduos e a definição de ações que desejavam realizar para a efetiva melhora do cuidado com a saúde. Assim, para alguns usuários, o “Circuito da Saúde” foi um instrumento capaz de reorientar as práticas de promoção de saúde¹⁰, promovendo a conscientização dos usuários que se comprometeram efetivamente com as suas metas, uma vez que os cuidados em saúde realizados não foram orientações dadas pelos profissionais, mas, sim, aspirações dos próprios usuários.

Deste modo, bons resultados no campo da educação em saúde podem contribuir para diminuir a procura dos usuários pela unidade de saúde, proporcionando-lhes maior satisfação com seu autocuidado³⁰. Destaca-se, então, a importância da educação em saúde como estratégia de promoção da saúde neste processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS; e que as ações de educação em saúde sejam capazes de abranger a participação da população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer³¹.

O “Circuito da Saúde” foi uma iniciativa simples e de baixo custo financeiro, que teve como objetivo favorecer a promoção à saúde dos usuários da atenção primária, com uma proposta que foi realizada com as pessoas e os próprios recursos da UBS. Além disso, ele foi desenvolvido com base nos princípios que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reco-

nhece como metodologias para promoção à saúde: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade³².

A concepção holística pressupõe que a promoção da saúde envolve a população como um todo no contexto do seu dia a dia, em vez de focar grupos de risco para doenças específicas³³, buscando entender a saúde como um processo que possui vários determinantes, como o biológico, o socioeconômico, o político, o ambiental e o psicológico, e não saúde somente como ausência de doença²⁰. O projeto “Circuito da Saúde” foi planejado sob esta concepção e primou por abranger os determinantes da saúde em temas amplos, como os temas definidos para as “Estações da Saúde”, bem como os mais diferentes perfis de usuários (diferentes idades, doenças existentes, profissões, nível educacional). Deste modo, o “Circuito da Saúde”, como ação de promoção da saúde, tentou enfatizar a concepção holística, cujo significado deve englobar a determinação social, econômica e ambiental mais do que puramente a visão biológica da saúde^{29,34-36}.

O “Circuito da Saúde” foi uma iniciativa de um grupo local, que poderia ter utilizado a integração com outros serviços de saúde para obter maior divulgação e abrangência do projeto. Uma vez que a intersetorialidade consiste na integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de direcionar políticas e programas para promoção da saúde individual e coletiva³⁷, o “Circuito da Saúde” não alcançou tal princípio de forma efetiva. Ao refletir a possibilidade de manutenção do circuito e/ou criação de novas ações em educação em saúde, a intersetorialidade deve ser incorporada em tais ações, trazendo ganhos para a população, para a organização logística das ações definidas, bem como para a organização das políticas públicas centradas em determinados territórios, permitindo ampliar saberes e superar a fragmentação^{35,38}.

Tendo em vista que o projeto “Circuito da Saúde” oferecia informações básicas de saúde aos usuários de forma a permitir que eles remodelassem o conceito de saúde com base em suas próprias vivências, instigando-os a refletirem sobre a sua atual condição de saúde, pode-se dizer que o empoderamento foi o principal enfoque desse projeto. Possivelmente, o projeto permitiu o fortalecimento da autoestima e da capacidade de adaptação ao meio³⁹ ao incluir este indivíduo na discussão sobre conceitos básicos de saúde, bem como ao lhe dar a possibilidade de escolher uma ação que promoveria mudanças em sua própria saúde. Assim, ao delegar ao usuário a responsabilidade sobre si mesmo por meio do estabelecimento de suas metas e pelo estímulo ao comprometimento com tais metas, pode-se ter criado a ideia da existência efetiva de poder³⁹. Entretanto, medidas relacionadas à autoestima e de existência

efetiva de poder não foram mensuradas e, portanto, estas são apenas hipóteses levantadas que podem justificar os resultados obtidos.

A participação social é um dos princípios do SUS, cuja atenção primária à saúde tem um papel importante no seu incentivo por meio do estímulo à criação de espaços em que a população tenha poder na organização, gestão e controle de ações e serviços de saúde¹⁵. Nesse sentido, o “Circuito da Saúde” se estabeleceu em conformidade com a participação social ao criar na UBS um espaço que permitiu o diálogo e a participação ativa dos usuários durante a discussão sobre os conceitos de saúde e seus cuidados, tornando-os, também, responsáveis pela condução do circuito. A discussão de temas como os determinantes de saúde, a concepção e as necessidades de saúde⁴⁰, ao longo do circuito, possibilitou a integração e o compartilhamento dos conhecimentos de profissionais da saúde e usuários, estimulando e facilitando a participação social.

Alcançar a equidade em saúde é um dos objetivos da promoção da saúde, que consiste em reduzir diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos para que os indivíduos se tornem capacitados para cuidar da saúde⁴¹. Esse princípio não sugere que os indivíduos sejam tratados igualmente, mas, sim, o contrário: devem-se considerar todas as características individuais a fim de garantir que os indivíduos tenham acesso às oportunidades de promoção à saúde, independentemente de sua condição financeira, aspectos educacionais ou culturais⁴². Considerando tal princípio, a passagem pelo “Circuito da Saúde” foi individual e realizada apenas após uma discussão inicial com cada participante sobre o conceito de saúde. Com isso, o acadêmico teve a oportunidade de fazer uma abordagem com equidade, dando mais explicações a quem precisava de mais informações, da forma adequada às características de cada um.

O princípio das ações multiestratégicas pressupõe o envolvimento de diferentes disciplinas e diz respeito à combinação de métodos e abordagens variados, que incluem o desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação³⁶. Assim, tendo em vista que o “Circuito da Saúde” foi realizado com participação multidisciplinar a fim de complementar e integrar os saberes e teve como proposta trabalhar com determinantes de saúde de ordem geral (alimentação, atividade física, bem-estar, autocuidado e meio ambiente), percebe-se que tal princípio foi contemplado adequadamente.

Finalmente, a sustentabilidade abrange a necessidade de promover o princípio do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte⁴³. O “Circuito da Saúde”,

planejado e realizado por um grupo dentro da UBS, necessita do envolvimento de todos os demais profissionais do CS para que possa ter maior abrangência e ser ainda mais difundido e duradouro, podendo ainda ser aplicado a diferentes ambientes, como outros centros de saúde, centros de convivência ou escolas. Além disso, grupos operativos, como forma efetiva de implementar ações de promoção da saúde, podem ser criados para abordar os assuntos apresentados no circuito de forma mais aprofundada, dinâmica e contínua, possibilitando a educação e a promoção da saúde dos usuários da atenção primária. Já é conhecida a eficácia destes grupos operativos na melhora da saúde e da qualidade de vida dos usuários da atenção primária^{43,44}. Os resultados do presente estudo apontam a necessidade de desenvolver programas de educação em saúde direcionados à promoção da saúde de forma contínua e sistematizada na atenção primária e que tenham como foco o autocuidado em saúde, para que ações como as realizadas no presente estudo possam ocorrer ininterruptamente e envolver um número maior de usuários.

CONCLUSÃO

Por meio de uma ação simples de educação em saúde na atenção primária à saúde, como o “Circuito da Saúde”, foi possível viabilizar questões relacionadas à promoção de saúde e empoderamento. A troca de informações entre acadêmicos de cursos de graduação da área da saúde e usuários do SUS permitiu que estes desenvolvessem conhecimento necessário para identificar mudanças em cuidados com a saúde que desejassem adotar para melhorar suas condições de vida. Praticar atividade física e melhorar a alimentação foram os cuidados com a saúde que os indivíduos mais apontaram. O grau de comprometimento com a mudança autoestabelecida após dois a três meses da ação de educação em saúde ocorreu em aproximadamente um terço dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Seminário Nacional do Multiplica SUS. Brasília, nov. 2006. A saúde nos municípios antes da Reforma Sanitária e o impacto do SUS nos municípios. [Internet]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/O_SUS_nos_municipios.pdf>. Acesso em: 19 nov 2015.
2. World Health Organization. Constitution of The World Health Organization. [Internet]. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>. Acesso em: 22 set 2015
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.
4. Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Educ Couns* 1995;26(1-3):139-44.
5. World Health Organization. Health promotion. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. [Internet]. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em: 15 set 2015.
6. Wagner EH. Chronic disease management: What will take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998;1(1):2-4.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3ª ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília- DF, 2010.
8. Cerqueira MT. Promoción de la Salud y Educación para la Salud: retos y perspectivas. In: Arroyo HV, Cerqueira MT (edit.). *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial*. Puerto Rico, OPS/UIPES, 1997:7-43.
9. Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos, EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001.
10. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.
11. Câmara AMCS, Melo VLC, Gomes MGP, Pena BC, Silva AP, Oliveira KM, et al. Percepção do processo saúde-doença: Significados e valores da educação em saúde. *Rev Bras Educ Med* 2012;36(Supl.1):40-50.
12. Lopes R, Tocantins FR. Health Promotion and Critical Education. *Interface* 2012;16(40):235-46.
13. Barros JAC. Pensando o Processo saúde doença: A que responde o modelo biomédico? *Saúde Soc* 2002;11(1):67-84.
14. Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* 2013;34(5):343-50.
15. Carneiro ACLL, Souza V, Godinho LK, Faria ICM, Silva KL, Gazzinelli MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Rev Panam Salud Publica* 2012;31(2):115-20.
16. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288(14):1775-9.

17. Souza MB, Rocha PM, Sá AB, Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica* 2013;33(3):190-5.
18. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2004.
19. Abre NS, Baracho ES, Tirado MGA, Dias RC. Qualidade de vida na perspectiva de idosos com incontinência urinária. *Rev Bras Fisioter* 2007;6(11):429-436.
20. Azevedo GPGC, Friche AAL, Lemos SMA. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 2012;17(2):119-27.
21. Novais M, Martins CB, Cechin J. Perfil dos beneficiários de planos e SUS e o acesso a serviços de saúde-PNAD 2003 e 2008. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2010. 14p. Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/TDIESS00352010PNAD003_2008.pdf>. Acesso em: 6 de outubro, 2015.
22. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicol Teor Prat* 2011;13(3):152-66.
23. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc saúde coletiva* 2012;17(2):3353-62.
24. Silva TR, Feldmam C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingues RZ. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saude Soc* 2006;15(3):180-9.
25. Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Diretoria de Pesquisas; Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
26. Lopes ACS, Toledo MTT, Câmara AMCS, Menzel HJK, Santos LC. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. *Epidemiol Serv Saude* 2014;23(3):475-86.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica- Diabetes Mellitus. *Cadernos de Atenção Básica*, nº36. Brasília-DF, 2013.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica- Hipertensão Arterial Sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica*, nº37. Brasília-DF, 2013.
29. Roseiro MNV, Takayanagui AMM. Novos indicadores no processo saúde-doença. *Saúde* 2007;33(1):37-42.
30. Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Rev APS* 2009;12(2):221-7.
31. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Colet* 2007;12(2):335-42.
32. World Health Organization. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. European Working Group on Health Promotion Evaluation, Copenhagen, 2000.
33. World Health Organization. Health promotion: concepts and principles. A selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles. Regional Office for Europe, Copenhagen:1984.
34. Figueiredo MC, Faustino-Silva DD, Bez AS. Autopercepção e conhecimento sobre saúde bucal de moradores de uma comunidade carente do município de Porto Alegre-RS. *ConScientiae Saúde* 2008;7(1):43-8.
35. Freira AB. Saúde, Educação, Qualidade de Vida. *ConScientiae Saúde* 2008;7(2):221-5.
36. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface* 2003;7(12):91-112.
37. Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS. Volume 1. Formação e intervenção*. Brasília (DF). 2010.
38. Nascimento S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. *Serv Soc Soc* 2010;101:95-120.
39. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saúde Pública* 2004;20(4):1088-95.
40. Silva MA, Oliveira AGB, Mnadu ENT, Marcon SRI. Enfermeiros e grupos em PSF: Possibilidade para participação social. *Cogitare Enferm* 2006;11(2):143-9.
41. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Série: B. Textos Básicos em Saúde. Brasília-DF, 2002.
42. Portal da Saúde. Promoção da Equidade em Saúde. [Internet]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1592>. Acesso em: 20 set 2014
43. Lin JS, O'Connor EA, Evans CV, Senger CA, Rowland MG, Groom HC. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle for Cardiovascular Disease Prevention in Persons With Cardiovascular Risk Factors: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2014.

44. Baena CP, Olandoski M, Younge JO, Buitrago-Lopez A, Darweesh SK, Campos N et al. Effects of lifestyle-related interventions on blood pressure in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *J Hypert* 2014;32(5):961-973.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – Fapemig (APQ-02772-13); Ministério da Saúde, Brasil (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde – da Universidade Federal de Minas Gerais).

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

- Christina DCM Faria contribuiu com a concepção, o planejamento, a organização, e o desenvolvimento do projeto de pesquisa, desenvolvimento do materia para a coleta dos dados, análise dos dados, interpretação dos resultados, estruturação do manuscrito, escrita do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da sua versão final.
- Bárbara PB Carvalho-Pinto contribuiu com a análise dos dados, interpretação dos resultados, estruturação do manuscrito, escrita do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da sua versão final;
- Caroline T Andrade e Raíssa SN Costa contribuíram com o desenvolvimento do projeto de pesquisa, coleta dos dados, elaboração do banco de dados, interpretação dos resultados, escrita do manuscrito e aprovação da sua versão final;
- Vinycios S Castro Nunes contribuiu com a concepção, o planejamento e o desenvolvimento do projeto de pesquisa, de-

envolvimento do materia para a coleta dos dados, interpretação dos resultados, escrita do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da sua versão final;

- Tânia CR Nunes contribuiu com a concepção, o planejamento e o desenvolvimento do projeto de pesquisa, desenvolvimento do materia para a coleta dos dados, interpretação dos resultados, escrita do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da sua versão final;

- Daniela M A Machado contribuiu com a concepção, o planejamento e o desenvolvimento do projeto de pesquisa, desenvolvimento do materia para a coleta dos dados, interpretação dos resultados, escrita do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da sua versão final;

- Iara N Sales contribuiu com a concepção, o planejamento e o desenvolvimento do projeto de pesquisa, desenvolvimento do materia para a coleta dos dados, interpretação dos resultados, escrita do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da sua versão final.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Christina Danielli Coelho de Morais Faria
UFMG – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Departamento de Fisioterapia
Av. Antônio Carlos, 6627 – Campus Pampulha – Belo Horizonte
CEP 31270-901 – MG

E-mail: chrismoraisf@yahoo.com.br / cdcmf@ufmg.br

Uso de Bebidas Alcoólicas entre Acadêmicos da Área de Saúde

Alcohol Use among Healthcare Students

Stéphany Kéthlin Mendes Oliveira^I

Arlen Almeida Duarte de Sousa^I

Sandra Lopes Cavalcanti^{II}

Maria das Graças Monte Mello Taveira^{II}

Divanise Suruagy Correia^{II}

Daniel Antunes Freitas^{III}

PALAVRAS-CHAVE

- Bebidas Alcoólicas;
- Odontologia;
- Epidemiologia;
- Consumo de Bebidas Alcoólicas;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Alcoholic Beverages;
- Dentistry;
- Epidemiology;
- Alcohol Consumption;
- Medical Education.

RESUMO

Esta pesquisa descreve o consumo de bebidas alcoólicas e a presença de fatores associados entre acadêmicos de Odontologia. É um estudo transversal com 172 acadêmicos de Odontologia, cujos dados foram obtidos por meio de questionários com questões referentes às características do consumo de álcool e à existência ou não de fatores associados a este hábito. Os resultados apontam que 58,7% dos entrevistados relataram uso de bebidas alcoólicas, sendo a maioria do sexo masculino. Esquecer problemas e sentir-se bem foram os principais fatores motivacionais relatados. Problemas familiares e a perda de objetos foram as consequências mais observadas. A relação entre sexo e consumo mostrou-se estatisticamente significativa. A relação entre sexo e as variáveis relacionadas ao consumo de álcool foi significativa para “uso em eventos sociais”, “fazer amigos” e “sentir-se bem em eventos sociais”. Foi observado consumo elevado e preocupante de bebidas alcoólicas entre os acadêmicos.

ABSTRACT

This study aimed to describe the use of alcohol and the presence of associated factors among dental students. Cross-sectional in nature, the study surveyed 172 dental students, whose data was obtained through questionnaires with questions regarding the characteristics of their alcohol consumption and the presence or absence of factors associated with this habit. The results show that 58.7% of respondents reported using alcohol, with the incidence higher among male students. The main reported motivating factors were forgetting their problems and feeling good, with the most frequently observed consequences family problems and losing belongings. The relationship between gender and consumption was statistically significant. The relationship between sex and the variables related to alcohol consumption was significant for “use in social events”, “making friends” and “feeling good at social events”. The overall findings suggested excessive and worrying levels of alcohol consumption among students.

Recebido em: 25/05/2015

Aprovado em: 11/04/2016

^I Faculdades Unidas do Norte de Minas, Montes Claros, MG, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

^{III} Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

O álcool é a substância psicoativa mais utilizada pela população mundial, sendo seu uso amplamente aceito e difundido por diversos povos e culturas¹. Embora traga modificações de comportamento e possua grande impacto na deterioração das relações humanas, tem sido frequentemente confundido como porta de acesso à interação social².

Seu uso pode trazer muitas consequências prejudiciais ao indivíduo e à coletividade: problemas de saúde, tanto física como psicológica, nas relações familiares, sociais e de emprego, acidentes domésticos, do trabalho e de trânsito, comportamento violento e automutilação; também está relacionado ao desenvolvimento de epidemias, como acidente vascular cerebral, câncer e absenteísmo escolar, problemas interpessoais e comportamentos sexuais de risco³. O consumo de álcool é também um fator de risco na gravidez e para a gravidez indesejada, estado nutricional e dieta⁴.

Para os jovens, o álcool tem o poder de aumentar as potencialidades físicas e sociais, dando-lhes coragem e confiança não usuais⁵. Em verdade, isto é um mito que, de tão presente no âmbito social, acaba sendo transmitido de geração em geração e se transformando numa prática cotidiana juvenil⁶.

Geralmente, os indivíduos começam a ingestão de álcool no período da adolescência, permanecendo na sua juventude e prolongando pela fase adulta⁷. Isto ocorre, em vários casos, devido à necessidade de socialização nesta fase de transição para a vida adulta⁸. Assim, não percebem que aos poucos estão ingerindo álcool em excesso, hábito que pode acarretar consequências futuras⁷. Estudos realizados entre estudantes universitários demonstram que o índice de consumo de álcool é muito significativo^{3,8-10}.

O objetivo deste estudo foi descrever o consumo de bebidas alcoólicas ea presença de fatores associados entre acadêmicos de Odontologia de uma instituição de ensino superior, situada na região norte de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza exploratória, descritiva e transversal, com abordagem metodológica quantitativa.

O grupo pesquisado era composto por estudantes de graduação em Odontologia de uma instituição de ensino superior privada, situada em Montes Claros, norte de Minas Gerais. Foram entrevistados todos os acadêmicos que concordaram em participar da pesquisa, tendo sido excluídos os que não estavam devidamente matriculados, frequentes ou que não fossem encontrados em três tentativas. Responderam ao questionário 172 acadêmicos de um total de 197.

Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e abril de 2014, por acadêmicas jovens-pesquisadoras do Programa de Iniciação Científica da própria instituição, capacitadas e treinadas para a aplicação dos questionários e o esclarecimento de eventuais dúvidas dos participantes. O trabalho de campo foi orientado e supervisionado pelo coordenador-geral do projeto. O questionário utilizado foi adaptado do instrumento usado pelo Departamento de Odontologia Social da Universidade de Cartagena (Colômbia)¹¹. Trata-se de um questionário autoaplicável, sem identificação nominal, cujas questões são de fácil assimilação para o grau de conhecimento do grupo pesquisado. Os questionários foram aplicados durante as atividades acadêmicas.

O Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 18.0 para Windows foi utilizado para análise estatística. A variável dependente do estudo foi o uso de álcool, classificada dicotomicamente (sim/não). Deu-se a análise e interpretação dos resultados por análises descritivas e cálculo dos intervalos de confiança (IC 95%). O teste do qui-quadrado de Pearson e *Odds Ratio*(OR) foram empregados para avaliar a força de associação entre as variáveis independentes e a variável dependente ($p < 0,05$).

As questões éticas foram devidamente observadas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Educativa do Brasil-Soebras com o Protocolo 01622/11 e todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

O presente estudo compreendeu 172 participantes com idades entre 18 e 32 anos (média=23,6; DP=5,2). A maioria dos acadêmicos entrevistados era do sexo feminino (58,1%), sendo que 43,6% cursavam os períodos iniciais (primeiro ao terceiro período); 29,1% os períodos intermediários (quarto ao sexto período); e 27,3% os períodos finais (sétimo ao décimo período). Cento e um acadêmicos (58,7%), entre os 172 entrevistados, informaram consumir bebidas alcoólicas.

Entre os participantes que informaram consumir bebidas alcoólicas, a maior parte era do sexo masculino (52,5%); 40,6% estavam cursando os períodos iniciais; 52,5% relataram que o consumo ocorria em momentos distintos de eventos sociais; 54,5% com frequência superior a três vezes por mês; e 78,2% informaram não levar em consideração o fato de estar ou não em período escolar.

A Tabela 1 mostra, entre os acadêmicos que relataram consumir bebidas alcoólicas, os fatores motivacionais que os levaram a este consumo.

TABELA 1

Fatores motivacionais para o consumo de álcool entre estudantes de Odontologia.
Montes Claros, MG, Brasil, 2014 (n=101)

Variáveis	n	%	*IC 95%
Amigos consomem			
Sim	12	11,9	(5,6; 18,2)
Não	89	88,1	(81,8; 94,4)
Estar na moda			
Sim	-	-	-
Não	101	100,0	-
Ser aceito socialmente			
Sim	-	-	-
Não	101	100,0	-
Aceitação familiar do consumo			
Sim	12	11,9	(5,6; 18,2)
Não	89	88,1	(81,8; 94,4)
Fazer amigos			
Sim	08	7,9	(2,6; 13,2)
Não	93	92,1	(86,8; 97,4)
Ter relações sexuais			
Sim	1	1,0	(-0,9; 2,9)
Não	100	99,0	(71,1; 100,9)
Esquecer problemas			
Sim	29	28,7	(19,9; 37,5)
Não	72	71,3	(62,5; 80,1)
Sentir-se bem em eventos			
Sim	45	44,6	(36,7; 52,5)
Não	56	55,4	(47,5; 63,3)

*Foi adotado Intervalo de Confiança de 95%.
Fonte: Dados do estudo, 2014.

Os acadêmicos que consomem bebidas alcoólicas informaram diversos tipos de consequências advindas deste consumo, conforme apresentado na Tabela 2.

A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos no teste qui-quadrado realizado para verificar a associação da variável dependente (consumo de álcool) com as variáveis independentes (sexo e período). Encontrou-se associação entre consumo de álcool e sexo ($p=0,001$); não houve significância relativa ao período cursado ($p=0,592$).

A Tabela 4 apresenta os resultados do teste qui-quadrado para verificar a associação entre a variável sexo e as demais variáveis com relação ao consumo de álcool. Foi significativo para as variáveis: consumo em eventos sociais ($p=0,004$), consumo com o objetivo de fazer amigos ($p=0,039$) e consumo para sentir-se bem ($p=0,031$).

TABELA 2

Consequências do consumo de álcool entre estudantes de Odontologia.
Montes Claros, MG, Brasil, 2014 (n=101)

Variáveis	n	%	*IC 95%
Problemas familiares			
Sim	15	14,9	(8,0; 21,8)
Não	86	85,1	(78,2; 92,0)
Problemas no meio acadêmico			
Sim	-	-	-
Não	101	100,0	-
Problemas de relacionamento afetivo			
Sim	4	4,0	(0,2; 7,8)
Não	97	96,0	(92,8; 99,8)
Perdas de objetos			
Sim	17	16,8	(8,8; 24,8)
Não	84	83,2	(75,2; 91,2)
Confrontos físicos			
Sim	5	5,0	(0,7; 9,3)
Não	96	95,0	(90,7; 99,3)
Relações sexuais indesejadas			
Sim	5	5,0	(0,7; 9,3)
Não	96	95,0	(90,7; 99,3)
Acidentes			
Sim	8	7,9	(2,6; 13,2)
Não	93	92,1	(86,8; 97,4)
Intoxicações alcoólicas			
Sim	2	2,0	(-0,7; 4,7)
Não	99	98,0	(95,3; 100,7)

*Foi adotado Intervalo de Confiança de 95%.
Fonte: Dados do estudo, 2014.

TABELA 3

Associação entre consumo de bebida alcoólica e as variáveis sexo e período.
Montes Claros, MG, Brasil, 2014 (n=101)

Variáveis	Sim	Não	X ²	OR	*IC 95%	p valor
Sexo						
Masculino	53	19	11,328	0,331	(0,331; 0,637)	0,001 [†]
Feminino	48	52				
Períodos						
Iniciais	41	34	1,048	-	-	0,592
Intermediários	30	20				
Finais	30	17				

*Foi adotado Intervalo de Confiança de 95%.

[†]Associações foram consideradas significantes quando $p < 0,05$.
Fonte: Dados do estudo, 2014.

TABELA 4
Associação entre sexo e as variáveis relacionadas ao consumo de álcool.
Montes Claros, MG, Brasil, 2014 (n = 101)

Variáveis	Masculino	Feminino	X ²	OR	*IC 95%	p valor
Uso em eventos sociais						
Sim	18	30	8,225	0,309	(0,137; 0,697)	0,004 [†]
Não	35	18				
Amigos consomem						
Sim	6	6	0,333	0,894	(0,268; 2,984)	0,855
Não	47	42				
Problemas familiares						
Sim	9	6	0,400	1,432	(0,469; 4,372)	0,527
Não	4	42				
Problemas no relacionamento						
Sim	3	1	0,847	2,820	(0,283; 28,069)	0,357
Não	50	47				
Relações sexuais indesejadas						
Sim	4	1	1,598	3,837	(0,414; 35,594)	0,206
Não	49	47				
Acidentes						
Sim	4	4	0,021	0,898	(0,212; 3,807)	0,884
Não	49	44				
Fazer amigos						
Sim	7	1	4,274	7,152	(0,846; 60,447)	0,039 [†]
Não	46	47				
Ter relações sexuais						
Sim	1	00	0,915	0,981	(0,945; 1,018)	0,339
Não	52	48				
Esquecer problemas						
Sim	18	11	1,501	1,730	(0,717; 4,175)	0,220
Não	35	37				
Sentir-se bem em eventos						
Sim	29	16	4,662	2,417	(1,077; 5,421)	0,031 [†]
Não	24	32				

*Foi adotado Intervalo de Confiança de 95%.

[†]Associações foram consideradas significantes quando $p < 0,05$.

Fonte: Dados do estudo, 2014.

DISCUSSÃO

Na população estudada, as mulheres são maioria entre os estudantes de Odontologia; resultados semelhantes foram encontrados numa universidade colombiana e em outra instituição de ensino do Brasil¹¹⁻¹². Assim como em pesquisas realizadas em outras regiões brasileiras, também se observou alto número de estudantes universitários fazendo uso de bebidas alcoólicas^{3,6,14}. Nota-se que os homens consomem mais bebidas alcoólicas do que as mulheres, resultados idênticos aos de outros estudos publicados na literatura mundial¹²⁻¹⁵.

Assim como outros estudantes de Odontologia¹¹⁻¹², o grupo pesquisado também demonstrou uso frequente de bebidas

alcoólicas, com a maioria relatando o consumo mais de três vezes por semana. O relato quanto ao uso independentemente de estar ou não em período de atividades escolares ressalta o alerta de que o consumo de álcool pode trazer consequências danosas ao desempenho estudantil^{6,14,16}. Os dados referentes aos acadêmicos de Odontologia da presente pesquisa remetem a um consumo muito frequente e indiscriminado, em que não há diferenciação entre semana e fim de semana ou entre férias e aulas. É preciso chamar a atenção para esta condição, especialmente porque pesquisadores têm relacionado o consumo de álcool ao uso de drogas ilícitas^{2,14}.

Uma parte do grupo pesquisado liga o consumo de bebidas alcoólicas ao desejo de esquecer seus problemas e também busca aplicar esta relação ao desejo de se sentir bem nos eventos sociais. Obviamente, este poder do álcool é bem conhecido: aliviar o estresse e "socializar". Mas cabe uma ressalva importante: o mesmo álcool que parece ser um remédio para os males aqui descritos, na realidade, torna-se o causador de graves problemas quando não há controle da quantidade e frequência desse consumo. Esse desejo de relaxar, deixar os problemas de lado, ficar mais tranquilo nos eventos sociais é uma informação presente em vários estudos realizados com estudantes das profissões de saúde^{13,15,17,18}. Esta realidade fomenta a necessidade de compreender que dificuldades são essas que podem ser debeladas pelo consumo de álcool. E pode-se indagar se essa realidade acompanhará esses indivíduos após a conclusão de sua formação acadêmica. Embora muitos não relatem a aceitação familiar como fator motivacional para o consumo de álcool, é sabido que as famílias são ambientes extremamente propícios ao desenvolvimento desse hábito; e esta aceitação pode apresentar-se como um incentivo ao início do uso de bebidas alcoólicas^{4,7,19}.

Chama a atenção, entre os resultados, o fato de cinco estudantes do sexo feminino relatarem experiências sexuais indesejadas ligadas ao consumo de álcool. Embora, numa mensuração percentual, possa parecer um pequeno número, este dado é alarmante quando se pensa no forte impacto pessoal e coletivo decorrente de práticas sexuais sem a devida consciência. Gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis são questões que afetam, sobremaneira, o indivíduo, a família e a sociedade. Alguns estudos também mostram estudantes tendo relações sexuais motivados pelo uso de bebida alcoólica^{7,11,18}.

Ao contrário do que foi aferido em outros grupos estudantis^{2,11,13,15,19}, as respostas encontradas na presente pesquisa não são representativas para ocorrências usualmente ligadas ao álcool, como problemas no meio acadêmico e relacionamento familiar, acidentes, confrontos físicos e perda de objetos.

Assim como em diversos estudos^{3,11-15} sobre consumo de álcool entre estudantes universitários em variadas partes do mundo, também neste estudo ficou evidente a alta significância do gênero em relação ao hábito: o consumo de bebidas alcoólicas é sempre maior no grupo masculino.

Já está bem estabelecido na literatura científica mundial que o consumo de álcool tem trazido extensos danos individuais e coletivos, sendo que o não uso pode ser considerado dificultador de inclusão em determinados grupos sociais. Ao beber em eventos sociais, buscando construir amizades e com o desejo de sentir-se bem, este jovem acaba por fortalecer as relações excludentes dos não bebedores²⁰. Assim, cada vez mais estudantes aderem ao consumo de álcool com o claro intuito de não serem rejeitados.

CONCLUSÕES

Os resultados demonstram que é grande o consumo de bebidas alcoólicas entre os universitários que participaram do estudo. Este hábito é mais prevalente entre os sujeitos do sexo masculino, com alta frequência semanal, uso indiscriminado quanto ao período do consumo, sem significância quanto ao período estudantil.

Observa-se a existência de fatores motivacionais para o consumo de álcool, bem como é possível destacar a referência às consequências decorrentes deste consumo.

Os fatores sociais encontram-se, destacadamente, associados ao consumo de bebidas alcoólicas.

É fundamental a percepção de que este é um grave problema de saúde pública e que esta situação pode impactar de forma grave a sociedade, pois os acadêmicos de hoje serão os profissionais futuros que, em tese, deveriam orientar as pessoas no combate ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Se os jovens precisam beber para se sentirem acolhidos em seus grupos, esta situação se perpetuará indefinidamente. É preciso um trabalho eficiente e uma adequada abordagem desta questão para romper com esse círculo vicioso que tanto mal faz aos jovens acadêmicos.

REFERÊNCIAS

- Galduróz JC, Noto AR, Nappo AS, Carlini EA. Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997. *Braz J Med Biol Research*. 2004;37(4):523-31.
- Lucas ACS, Parente RCP, Picanço NS, Conceição DA, Costa KRC, Magalhães IRS, et al. Use of psychoactive drugs by health sciences undergraduate students at the Federal University in Amazonas, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(3):663-71.
- Boland M, Fitzpatrick P, Scallan E, Daly L, Herity B, Horgan J, et al. Trends in medical student use of tobacco, alcohol and drugs in an Irish university, 1973-2002. *Drug Alcohol Depend*. 2006;85(2):123-8.
- Veloso LUP, Monteiro CFS. Prevalence and factors associated with alcohol use among pregnant adolescents. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(1):433-41.
- Ferreira MMSRS, Torgal MCLFPR. Tobacco and Alcohol Consumption among Adolescents. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(2):255-61.
- Choi D, Tolova V, Socha E, Samenow CP. Substance use and attitudes on professional conduct among medical students: a single-institution study. *Acad Psychiatry*. 2013;37(3):191-5.
- Galduróz JCF, Caetano R. Epidemiology of alcohol use in Brazil. *Ver Bras Psiquiatr*. 2004;26(Supl I):3-6.
- Acosta LD, Fernández AR, Pillon SC. Social risk factors for alcohol use among adolescents and youth. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(Spe):771-81.
- MartinezRodriguez G, Luis MAV. Descriptive study of drugs use among adolescents in higher middle education in Monterrey, Nueva León, Mexico. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(Spe):391-7.
- Bendtsen P, Johansson K, Akerlind I. Feasibility of an email-based electronic screening and brief intervention (e-SBI) to college students in Sweden. *Add Behav*. 2006;31(5):777-87.
- Tovar LLA, Caballero, AJD, Martinez, GDG, Pallares, MAS. Consumo de bebidas alcohólicas y factores relacionados enestudiantes de odontología. *Rev Clin Med Fam*. 2001; 3(2):93-8.
- Teixeira RF, Souza RS, Buai V, Marluce Siqueira MM. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010;15(3): 655-662.
- Matute RC, Pillon SC. Alcohol consumption by nursing students in Honduras. *Ver Lat Am Enfermagem*. 2008;16(5):84-9.
- Silva LVR, MalbergierI A, Stempliuk VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(2): 280-8.
- Frank E, Elon L, Naimi T, Brewer R. Alcohol consumption and alcohol counseling behaviour among US medical students: cohort study. *BMJ*. 2008;337:a2155.
- Baer JS. Student factors: understanding individual variation in college drinking. *J Stud Alcohol Supp*. 2002;(14):40-53.
- Kisic-Tepavcevic D, Gazibara T, Popovic A, Trajkovic G, Pekmezovic T. The impact of alcohol on health-related

- quality of life in belgrade university students. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2013;39(2):130-5.
18. Shek DT, Cheung BP. Developmental issues of university students in Hong Kong. *Int J Adolesc Med Health*. 2013;27:1-7.
19. Ketoja J, Svidkovski AS, Heinälä P, Seppä K. Risky drinking and its detection among medical students. *Addict Behav*. 2013;38(5):2115-8.
20. Baus J, Kupek E, Pires M. Prevalence and risk factors associated with drug use among school students, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(1):40-6.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Daniel Antunes Freitas orientou a elaboração do projeto, a coleta de dados, a análise dos resultados e participou da redação do artigo; Árlen Almeida Duarte de Sousa e Stéphanie Kéthlin Mendes Oliveira participaram na elaboração do projeto, na coleta de dados, na análise dos resultados e na redação do artigo; Sandra Lopes Cavalcanti, Maria das Graças Monte Mello Taveira e Divanise Suruagy Correia participaram na análise dos resultados e na redação do artigo.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Daniel Antunes Freitas.

Universidade Estadual de Montes Claros. Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva. Endereço: Avenida Dr. Ruy Braga, S/N

Vila Mauriceia – Montes Claros

CEP: 39401-089 MG

E-mail: danielmestradounincor@yahoo.com.br

Fatores Associados à Qualidade de Vida de Docentes da Área da Saúde

Factors Related to Healthcare Teachers' Quality of Life

Lyssa Esteves Souza Souto^I
Sarah Martins Souza^I
Cássio de Almeida Lima^{II}
Mayara Karoline Silva Lacerda^I
Maria Aparecida Vieira^I
Fernanda Marques da Costa^I
Antônio Prates Caldeira^I

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo descrever a qualidade de vida e os fatores associados entre os docentes dos cursos de graduação da área da saúde. Trata-se de pesquisa transversal, de abordagem quantitativa. Teve como cenário uma universidade pública, situada em uma cidade de porte médio no Estado de Minas Gerais, Brasil. Os dados foram organizados e analisados no programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 18.0. Aplicou-se a estatística descritiva, o T de Student e Anova/post hoc de Bonferroni para investigar associações. Identificou-se qualidade de vida boa nos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente, e regular no domínio físico. Docentes que exercem a carreira há mais de 12 anos, não têm companheiro, não residem com a família, apresentam idade inferior a 43 anos e atuam nos cursos de Biologia e Medicina apresentaram comprometimento da qualidade de vida. Recomendam-se ações efetivas de promoção da saúde, especialmente para os professores com menores escores de qualidade de vida.

ABSTRACT

The present study aimed to describe quality of life and associated factors among teachers of undergraduate healthcare courses, by means of transversal research with a quantitative approach. The study was developed at a public university located in a medium-sized city in the state of Minas Gerais, Brazil. The data was organized and analyzed using statistic program Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 18.0. Descriptive statistic, the T Student and Anova/post hoc – Bonferroni were all performed. The study identified good quality of life in the areas of psychology, social relations and environment, while the physical domain was regular. Teachers of under 43 who had been working for over 12 years, without a partner and who lived without their family and taught on the biology and medicine courses, showed a major tendency toward poor quality of life. Effective initiatives are recommended to promote health, especially among teachers with lower scores in quality of life.

PALAVRAS-CHAVE

- Docentes;
- Qualidade de Vida;
- Ensino Superior;
- Educação Médica;
- Universidade.

KEYWORDS

- Faculty;
- Quality of Life;
- Higher Education;
- Medical Education;
- University.

Recebido em: 09/09/2014

Reencaminhado em: 14/11/2015

Aprovado em: 26/09/2016

^I Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

^{II} Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

A temática da qualidade de vida se refere aos padrões que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano. Também se relaciona às modificações positivas no modo, nas condições e estilos de vida. Vale ressaltar que parcela significativa da formulação teórica acerca do assunto e das responsabilidades se reserva à área da saúde¹. Trata-se, ainda, de um assunto em consolidação como uma variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento nessa área. Sua aplicação pode resultar em mudanças nas práticas de atenção e na efetivação de novos paradigmas do processo saúde-doença pautados na promoção da saúde, cujos aspectos socioeconômicos, culturais e psicológicos devem ser reconhecidos e se vinculam à qualidade de vida, um construto que se caracteriza, dessa forma, como eminentemente interdisciplinar².

Desde a década de 1980, esse tema é pesquisado com enfoques objetivo e subjetivo. O primeiro refere-se ao grau de satisfação das necessidades em função da sua ampliação socioeconômica, e o segundo diz respeito ao bem-estar da pessoa e sua percepção do nível de realização pessoal nos âmbitos individuais e coletivos³.

O conceito de qualidade de vida começou a ser utilizado nos Estados Unidos da América logo após a Segunda Guerra Mundial para expor os bens materiais adquiridos no pós-guerra, como, por exemplo, viagens e investimentos. Adiante, o conceito ampliou-se com a intenção de abarcar o grande desenvolvimento econômico de diversas localidades por meio de indicadores econômicos, como o produto interno bruto e a renda *per capita*. Com o avançar do tempo, passou a incorporar também o conceito social e a mensurar o desenvolvimento por meio de outros indicadores, tais como moradia, saúde e educação⁴.

Atualmente, a expressão qualidade de vida apresenta uma concepção que envolve parâmetros das áreas de saúde, arquitetura, urbanismo, lazer, gastronomia, esportes, educação, meio ambiente, segurança pública e privada, entretenimento, novas tecnologias e tudo o que se relacione com o ser humano, sua cultura e seu meio. Tem-se expandido ao longo do tempo, englobando o desenvolvimento socioeconômico e humano, aspecto objetivo/subjetivo e a percepção individual. A compreensão da qualidade de vida é mutável de pessoa para pessoa e é dinâmica em cada percepção subjetiva do processo de produção, circulação e consumo de bens e riquezas⁵.

A compreensão ampliada de qualidade de vida também abrange diversos cenários, entre os quais a universidade, que

possui papel determinante no desenvolvimento de seus futuros profissionais não só por demonstrar resolubilidade em comparação com instituições de outra natureza, mas também por seu papel singular na definição da ética de desenvolvimento nacional e por ser um lócus especial de crítica e transformação social⁶.

Nesse panorama, o docente assume função de destaque como agente de saúde, uma vez que não apenas coloca em prática a comunicação de seu saber, como também é um agente de transformações que possui singularidades em seus conhecimentos. Sua prática produz efeitos na formação dos novos profissionais, pois esta passa a ser um vetor importante nos processos de subjetivação do sujeito para a formação profissional e pessoal, tornando essa profissão uma atividade enriquecedora, que proporciona diversas habilidades ligadas ao campo da saúde. Para atender às necessidades da população, é fundamental que tanto os docentes quanto os discentes compreendam o significado de qualidade de vida e o valor que tem para os sujeitos com os quais interagem no cotidiano. Isso porque a forma e a quantidade de processamento de suas atividades é que irão proporcionar ou não a qualidade de vida dessas pessoas^{7,8}.

A influência do cotidiano na qualidade de vida dos docentes da área da saúde está diretamente relacionada com diversos fatores. Entre eles, destaca-se que, quanto maior o tempo de dedicação dos docentes ao trabalho, menor é sua disponibilidade para as atividades pessoais cotidianas, como os afazeres domésticos, cuidados com a família, a saúde e o lazer. Sucede-se uma sobrecarga de exigências individuais e familiares que, assim, afeta todo o contexto social^{8,9}.

Também é pertinente observar que os locais onde os professores universitários exercem sua profissão são ambientes que afetam diretamente suas vidas, pois há inúmeros obstáculos ligados às transformações articuladas à ciência, à educação e ao trabalho. Nesse sentido, os docentes buscam refletir sobre suas práticas diárias no espaço acadêmico e nos serviços de saúde e, diante dos problemas, almejam consolidar propostas de mudanças e formulação de novos planos consistentes¹⁰. Sabe-se que a má qualidade de vida interfere no desempenho da saúde física e mental do trabalhador, influencia no desenvolvimento do planejamento e de realização das atividades, e pode estar associada a estresse, tensão nervosa, fadiga muscular, lesões por esforço repetitivo e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho¹¹.

Este estudo teve por objetivo descrever a qualidade de vida e os fatores associados entre os docentes dos cursos de graduação da área da saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. Teve como cenário o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde do *campus* universitário sede de uma universidade pública, situada em uma cidade de porte médio no Estado de Minas Gerais, Brasil, que oferece os seguintes cursos: Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Medicina e Odontologia.

Como critério de inclusão, os professores deveriam estar inseridos em atividades de ensino na graduação desses cursos. Foram excluídos os que estavam afastados pelos seguintes motivos: cursando pós-graduação *stricto sensu* ou pós-doutorado, licença-maternidade, férias regulamentares, licença para tratamento de saúde, em processo de aposentadoria, férias prêmio e licença para tratar de interesses particulares.

Havia, no cenário do estudo, 43 docentes do curso de graduação em Ciências Biológicas, 43 de Educação Física, 65 de Enfermagem, 165 de Medicina e 63 de Odontologia, totalizando 379 professores. Utilizou-se a amostragem probabilística estratificada para a definição da amostra, e a seleção dos participantes ocorreu de forma aleatória. Os cálculos utilizados nessa amostra tiveram como base: prevalência conservadora de 50% para médias positivas de qualidade de vida, população de 379 docentes, margem de erro de 3,5% e nível de confiança de 95%. O número identificado foi acrescido de 15% para eventuais perdas. Dessa forma, o número mínimo de professores para o estudo definido pelo cálculo amostral foi de 295 indivíduos, que foram identificados por sorteio aleatório de cada estrato, ou seja, em cada curso.

A coleta de dados foi efetuada de junho a setembro de 2013 e iniciou-se após a definição e consentimento dos envolvidos quanto aos aspectos éticos e logísticos, em salas de aulas, campos de estágios e em consultórios particulares de alguns professores.

A estratégia utilizada para a coleta foi a aplicação de um questionário que abordava questões sociodemográficas e acadêmicas, e do Whoqol-Breve, instrumento criado pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), abreviado a partir do Whoqol-100 (W-100), constituído por 26 questões fechadas, sendo duas perguntas gerais de qualidade de vida e outras 24 representantes de cada uma das 24 facetas que constituem o instrumento original. Essas 24 questões são agrupadas em 4 domínios: físico – 7 itens, psicológico – 6 itens, relações sociais – 3 itens e meio ambiente – 8 itens. O instrumento considera as duas últimas semanas vividas pelos respondentes, e as respostas às questões são dadas numa escala com um único intervalo de 0 a 5. Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe na qual tais

escores podem ser medidos em direção positiva numa variação de 0 a 100¹².

Neste estudo, considerou-se a distribuição dos escores de qualidade de vida estabelecidos conforme os domínios analisados: qualidade de vida ruim (21-40); nem ruim nem boa (41-60); boa (61-80) e muito boa, quando os escores variavam entre 81-100¹³. As questões (1) Como você avalia sua qualidade de vida? (muito ruim; ruim; nem ruim nem boa; boa; muito boa) e (2) Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? (muito insatisfeito; insatisfeito; nem satisfeito nem insatisfeito; satisfeito; muito satisfeito) foram analisadas separadamente porque não estão incluídas nas equações para a sintaxe do Whoqol.

Também foi aplicado um questionário com a finalidade de obter informações complementares sobre os docentes, referentes aos aspectos sociodemográficos e acadêmicos, possibilitando descrever seu perfil e mensurar possíveis associações com qualidade de vida.

As covariáveis foram agrupadas em características sociodemográficas e acadêmicas. Entre as covariáveis, incluíram-se sexo, idade (dicotomizada usando-se a média como ponto de corte), estado civil (categorizado em casado e união estável e sem companheiro, considerando os solteiros e viúvos), cor autodeclarada (categorizada em pardos e outras, incluindo brancos, negros e indígenas). Além de local de nascimento e residência, com quem reside (categorizada em reside com a própria família e outra situação – reside com amigos ou sozinho), renda familiar que foi categorizada pela média, outro vínculo (sim e não), tempo de docência, categorizado com base na média. Investigou-se, ainda, a leitura de livros, excetuando-se os acadêmicos, a existência de computador com acesso à internet no domicílio, se tem a internet como principal fonte de informação, ambas categorizadas em sim e não. Também foi avaliado se o professor, afora as atividades acadêmicas, ocupa-se mais com atividades culturais, incluindo ir a teatro, cinema, parques e lazer com amigos, ou sociofamiliares – geralmente fica em casa, assiste à TV e frequenta eventos familiares.

Após a coleta, os dados foram organizados e analisados com a utilização do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 18.0. Para a análise de dados, aplicou-se a estatística descritiva com o uso de frequências absolutas e relativas e cálculo de médias e desvios padrões. A fim de investigar associações entre variáveis sociodemográficas e acadêmicas e os domínios da qualidade de vida, procedeu-se à checagem da normalidade dos dados por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Em seguida, realizou-se a análise bivariada, empregando-se a comparação de escores médios de qualidade de vida em cada domínio pelo teste T de Student para amostras independentes e Anova/pós Hoc de Bonferroni

para variáveis com três ou mais categorias. A finalidade desses testes foi comparar os escores médios em cada domínio em relação às covariáveis. Em todas as análises, foi utilizado o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

De acordo com as normas da Resolução nº 466/2012, este estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do Parecer Consubstanciado nº 173.395/2012, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 10944812.3.0000.5146. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Do total de 295 docentes definidos pelo cálculo amostral, 221 responderam aos questionários, perfazendo uma taxa de resposta de 75%. Assim, participaram deste estudo 34 (15,4%) docentes do curso de Biologia; 35 (15,8%) de Educação Física; 50 (22,6%) de Odontologia; 48 (21,7%) de Medicina e 54 (24,4%) de Enfermagem.

As características sociodemográficas dos docentes dos cursos de graduação na área da saúde foram as seguintes: maioria do sexo feminino nos cursos de Biologia (67,6%), Odontologia (56,0%), Medicina (56,3%) e Enfermagem (77,8%). Entretanto, no curso de Educação Física, a maioria dos docentes era do sexo masculino (51,4%). A faixa etária até os 43 anos foi predominante entre os docentes de todos os cursos em questão – Biologia 58,8%, Educação Física 60,0%, Odontologia 52,0%, Medicina 51,0% e Enfermagem 72,2%.

Quanto ao estado civil, a maioria dos docentes de todos os cursos era casada – Biologia 67,6%, Educação Física 74,3%, Odontologia 82,0%, Medicina 70,8%, Enfermagem 64,8%. Além disso, os professores afirmaram ser da cor autodeclarada branca (Biologia 55,9%, Educação Física 57,1%, Odontologia 62,0%, Medicina 58,3%, Enfermagem 51,0%); residem na cidade de Montes Claros (Biologia 70,6%, Educação Física 100,0%, Odontologia 96,0%, Medicina 100,0%, Enfermagem 98,1%) e moram com a família (Biologia 70,6%, Educação Física 85,7%, Odontologia 94,0%, Medicina 85,4%, Enfermagem 85,2%).

Quanto a ter outro vínculo empregatício, os docentes dos cursos de Educação Física (51,4%), Odontologia (60,0%), Medicina (85,4%) e Enfermagem (75,9%) afirmaram possuir mais de um vínculo. Mas, entre os docentes do curso de Biologia, verificou-se que 32,4% possuem outro vínculo empregatício. Em relação ao tempo de atuação na docência, a maioria tem até 12 anos – Biologia 58,8%, Educação Física 62,9%, Odontologia 62,0%, Enfermagem 72,2%. Porém, no curso de Medicina, observou-se que a maioria possui 13 anos ou mais de docência (60,4%).

Ademais, a maioria possui renda bruta mensal de até 11 salários mínimos – Biologia 64,7%, Educação Física 68,6%, Odontologia 62,0% e Enfermagem 66,7%. Por outro lado, no curso de Medicina, verificou-se que a maioria dos docentes possui renda bruta maior que 12 salários mínimos (64,6%).

Quanto à formação universitária, a maioria possui mestrado – Biologia 79,4%, Educação Física 54,3%, Odontologia 70,0%, Medicina 54,2% e Enfermagem 59,3%; lê acima de dois livros ao ano, excetuando a bibliografia acadêmica – Biologia 70,6%, Educação Física 54,3%, Odontologia 56,0%, Medicina 50,2% e Enfermagem 63,0%.

Os docentes, em sua maior parte, não eram fumantes – Biologia 79,4%, Educação Física 88,6%, Odontologia 92,0%, Medicina 97,9% e Enfermagem 100,0% – e dispõem de outras fontes de informações além da internet – Biologia 61,8%, Educação Física 71,4%, Odontologia 82,0%, Medicina 68,8% e Enfermagem 59,3%.

Em relação às atividades de lazer, a maioria prefere atividades culturais – Educação Física 74,3%, Odontologia 62,0%, Medicina 54,2% e Enfermagem 63,0% –, exceto os docentes do curso de Biologia, que preferem as atividades sociais (55,9%).

Quanto à qualidade de vida geral, a maioria dos professores (75,1%) avaliou a saúde como boa. Em relação a quão satisfeitos os docentes estão com a própria saúde, a maioria (69,7%) respondeu que estava satisfeita.

Os resultados obtidos nas respostas do Whoqol foram expressos por médias e desvios padrões dos escores transformados (percentuais), calculados previamente para cada um dos domínios. A maior variação de desvio padrão ocorreu no domínio “relações sociais”, e a menor, no domínio “físico”, que se mostrou o mais afetado, pois apresentou menores valores médios (57,9; DP \pm 9,6), ao passo que as “relações sociais”, com maior valor (73,7; DP \pm 17,2), foi o aspecto mais positivo da qualidade de vida dos docentes. Em relação ao curso de atuação do docente, verificaram-se maiores escores médios entre os docentes do curso de Odontologia nos domínios físico (60,3; DP \pm 10,9) e meio ambiente (73,9; DP \pm 15,7). Foram identificados maiores escores nos domínios psicológico (69,7; DP \pm 9,3) e relações sociais (78,8; DP \pm 5,0) no curso de Educação Física (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a associação dos escores da qualidade de vida com características sociodemográficas dos docentes. Houve associação estatisticamente significativa ($p = 0,037$) entre o domínio físico e a idade, com maiores escores, 59,5 (DP \pm 9,1), para os com 44 anos ou mais, ou seja, nesse domínio, os mais velhos possuem qualidade de vida melhor que os mais jovens.

Em relação ao estado civil, houve associações significativas nos domínios psicológico ($p = 0,009$), relações sociais ($p = 0,041$) e meio ambiente, ($p = 0,034$), com maiores escores

TABELA 1
Média e desvio-padrão dos escores dos domínios de qualidade de vida (Whoqol/breve) por categoria profissional de docentes em uma universidade pública, Montes Claros (MG), Brasil 2014 (n = 221)

Domínios	Média e desvio-padrão					
	Biologia	Educação Física	Odontologia	Medicina	Enfermagem	Média geral
Físico	55,1 + 8,0	58,5 + 9,0	60,3 + 10,9	60,0 + 9,6	57,8 + 8,8	57,9 + 9,6
Psicológico	64,8 + 1,3	69,7 + 9,3	66,6 + 11,7	65,6 + 0,6	66,5 + 11,5	66,6 + 1,1
Relações sociais	71,3 + 2,8	78,8 + 5,0	78,0 + 16,9	68,4 + 8,1	72,5 + 18,9	73,7 + 17,2
Meio ambiente	65,0 + 0,9	73,0 + 4,7	73,9 + 15,7	68,3 + 14,5	71,0 + 11,4	70,4 + 13,9

TABELA 2
Escores médios nos domínios da qualidade de vida de acordo com as características sociodemográficas dos docentes em uma universidade pública. Montes Claros (MG), Brasil. 2014 (n = 221)

Variáveis	n (%)	Escores médios da qualidade de vida			
		Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
Sociodemográficas					
Sexo					
Feminino	128 (57,9)	57,7	65,9	72,4	70,6
Masculino	93 (42,1)	58,2	67,7	75,7	70,2
p – valor (teste-t)		0,74	0,23	0,17	0,81
Idade					
Até 43 anos	130 (58,8)	56,8	65,8	74,3	69,5
44 ou mais	91 (41,2)	59,5	67,9	72,7	71,9
p – valor (teste-t)		0,03	0,16	0,48	0,21
Estado civil					
Com companheiro	159 (71,9)	58,5	67,9	75,1	71,7
Sem companheiro	62 (28,1)	56,3	63,5	69,8	63,3
p – valor (teste-t)		0,13	0,00	0,04	0,03
Cor autodeclarada					
Branca	125 (56,6)	58,2	66,4	74,7	71
Parda e outras	96 (43,4)	57,5	67	72,4	69,7
p – valor (teste-t)		0,58	0,68	0,33	0,48
Onde reside					
Em Montes Claros	217 (98,2)	57,9	66,6	73,7	70,5
Outra cidade	4 (1,8)	59,4	64,6	72,9	67,9
p – valor (teste-t)		0,76	0,71	0,92	0,71
Com quem mora					
Com a própria família	188 (85,1)	58	67,1	74,6	70,9
Outra situação	33 (14,9)	57,6	63,8	68,2	67,6
p – valor (teste-t)		0,82	0,10	0,04	0,20
Lazer					
Atividades sociais	89 (40,3)	58,14	68,1	76,6	72,7
Atividades culturais	132 (59,7)	57,8	65,6	71,7	68,9
p – valor (teste-t)		0,77	0,10	0,03	0,04
Renda bruta mensal					
Acima de 11 salários	130 (58,8)	58,2	67,5	73,8	72,9
Até 11 salários	91 (41,2)	57,7	66,0	73,6	68,7
p – valor (teste-t)		0,72	0,33	0,92	0,02

TABELA 3
Escores médios nos domínios da qualidade de vida de acordo com as características acadêmicas dos docentes em uma universidade pública. Montes Claros (MG), Brasil. 2014 (n = 221)

Variáveis	Escores médios da qualidade de vida				
	n (%)	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
Acadêmicas					
Curso					
Biologia	34 (15,4)	55,1	64,8	71,3	65,0
Educação Física	35 (15,8)	58,7	69,7	78,8	73,9
Odontologia	50 (22,6)	60,3	66,6	78,0	73,0
Medicina	48 (21,7)	56,9	65,6	68,4	68,3
Enfermagem	54 (24,4)	57,8	66,5	72,5	71,0
p – valor (Anova)		0,15	0,39	0,01	0,03
Outro vínculo empregatício					
Não	80 (36,2)	58,01	67,5	76,35	71,2
Sim	141(63,8)	57,9	66,1	72,2	70,0
p – valor (teste-t)		0,90	0,35	0,08	0,53
Tempo de atuação na docência					
Até 12 anos	134 (60,6)	59,6	68,7	75,1	72,8
Acima de 12 anos	87 (39,4)	56,8	65,3	72,8	68,9
p – valor (teste-t)		0,03	0,02	0,32	0,04
Nível máximo de formação universitária					
Com pós <i>stricto sensu</i>	130 (58,8)	57,8	66,6	74,2	12,7
Sem pós <i>stricto sensu</i>	82 (37,1)	58,1	66,7	72,8	70,7
p – valor (teste-t)		0,80	0,96	0,54	0,84
Livros, excetuados os acadêmicos					
Até 2 livros	92 (41,6)	59,6	68,2	74,6	71,6
Acima de 2 livros	179 (58,4)	55,6	64,4	72,4	68,9
p – valor (teste-t)		0,00	0,01	0,34	0,15

médios para os que possuem companheiro, isto é, estes apresentam melhor qualidade de vida. O fato de morar com a própria família determinou maior escore médio, 74,6 (DP ± 14,2), para o domínio relações sociais (p = 0,04). Em relação ao lazer, houve associação estatisticamente significativa nos domínios relações sociais (p = 0,039) e meio ambiente (p = 0,045), com maiores escores, respectivamente 76,6 (DP ± 16,2) e 72,7 (DP ± 13,4), para aqueles que dedicam mais tempo às atividades sociais, indicando melhor qualidade de vida para esses indivíduos, se comparados aos que dedicam mais tempo às atividades culturais. A maior renda esteve associada a maiores escores de qualidade de vida, 72,9 (DP ± 13,2), no domínio meio ambiente (p = 0,029).

Como demonstrado na Tabela 3, em relação ao tipo de curso em que o docente atua, verificaram-se diferenças estatisticamente significantes nos domínios relações sociais e meio ambiente. Maiores escores médios da qualidade de vida foram observados para os docentes de Educação Física, 78,8 (DP ±

5,0), e menores para os de Medicina, 68,4 (DP ± 8,1), no domínio relações sociais (p = 0,010). No domínio meio ambiente (p = 0,030), os professores do curso de Educação Física obtiveram escores superiores, 73,9 (DP ± 4,7), enquanto no curso de Biologia houve menores escores, 65,0 (DP ± 0,9). Quanto ao tempo de atuação na docência, ocorreu associação estatisticamente significativa nos domínios físico, psicológico e ambiente, com maiores escores para os docentes com até 12 anos de atuação na docência. Assim, professores com menos tempo de docência apresentam maior qualidade de vida.

Também houve associação estatisticamente significativa com a quantidade de livros lidos anualmente, excetuados os livros acadêmicos, com os domínios físico (p = 0,002) e psicológico (p = 0,013), com maiores escores, 59,6 (DP ± 9,3) no físico e 68,2 (DP ± 11,1) no psicológico, para os que leem até dois livros anualmente.

Quanto às demais características – sexo, cor autodeclarada, onde reside, outro vínculo empregatício, nível máximo de

formação universitária, fumante, fonte de informação – não foram encontradas associações significativas.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos docentes participantes deste estudo foi semelhante ao encontrado em outras pesquisas sobre essa temática^{11,14,15}.

Em relação à qualidade de vida, esta pesquisa mostrou qualidade de vida boa no domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente, porém o domínio físico se apresentou como regular. Estudo similar, realizado em instituição de ensino superior no Sul do Brasil, utilizando o Whoqol-Breve, com o objetivo de avaliar a percepção de qualidade de vida e saúde e fatores de risco de 293 docentes, também verificou que houve maior escore para os domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente, com valores semelhantes aos encontrados neste estudo¹⁶.

Investigação feita entre 517 professores de instituições públicas e privadas na cidade de Campina Grande (PB) para avaliar os índices de sentido de vida, bem-estar psicológico e qualidade de vida em uma amostra de educadores mostrou resultados diferentes dos encontrados neste estudo, uma vez que os domínios psicológico e social apresentaram qualidade de vida regular. Esse fato mostra a necessidade de olhar atentamente para a saúde dos docentes desse cenário¹⁵. Em contrapartida, o presente estudo obteve resultado bom para os domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Estudo similar a este, realizado com 203 docentes no Rio Grande do Sul com a finalidade de investigar a qualidade de vida de docentes de instituições de ensino superior comunitárias, identificou a média de 71,3 no domínio relações sociais¹³, semelhante à encontrada nesta investigação, ou seja, a qualidade de vida, assim como no presente estudo, também foi boa entre os docentes do Rio Grande do Sul.

Um estudo realizado na Universidade do Vale do Itajaí (Univali), em Santa Catarina, ao avaliar a qualidade de vida dos docentes, verificou que o domínio meio ambiente obteve o segundo menor escore¹⁷, diferentemente dos dados encontrados nesta pesquisa.

Na associação dos domínios com as variáveis sociodemográficas, no presente estudo, a idade obteve maior escore médio no domínio físico para os docentes com idade superior a 44 anos. Dados semelhantes foram encontrados entre os 203 professores investigados de universidades do Rio Grande do Sul, em que os docentes com idade superior a 40 anos tiveram melhor qualidade de vida¹³. Entretanto, vale salientar que o domínio físico inclui aspectos como dor e desconforto, sono e repouso, atividades da vida cotidiana e capacidade de traba-

lho. Tais aspectos tendem a ser comprometidos pelo avançar da idade, afetando negativamente a qualidade de vida, como revelado em estudo elaborado em outra instituição pública também do Sul do Brasil, onde as percepções mais negativas de saúde aumentaram com o decorrer da idade¹⁶.

A variável estado civil, nesta pesquisa, obteve dados significativos nos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente, com maiores escores para os docentes que possuem companheiro. Estudo semelhante, realizado no Rio Grande do Sul com o objetivo de analisar os parâmetros individuais e socioambientais da qualidade de vida percebida na carreira, com 380 educadores, mostrou que professores casados obtiveram boa qualidade de vida¹⁸. Uma pesquisa conduzida em Natal (RN) também mostrou dados similares ao desta pesquisa, em que os docentes casados possuem melhor qualidade de vida¹⁴.

Observa-se que professores casados e, supostamente, com rotina familiar já estabelecida podem adotar comportamentos mais saudáveis em comparação aos colegas de mesma profissão que não têm companheiro. Apesar disso, estes últimos não precisam se preocupar em demasia em satisfazer desejos, expectativas e anseios de um companheiro formal e/ou de seu(s) dependente(s)¹⁹. Todavia, essa realidade pode ser distinta para homens e mulheres, mas no presente estudo não se identificou diferença significativa entre os sexos.

Outro estudo, que teve como objetivo analisar a percepção de qualidade de vida e saúde e a incidência de fatores de riscos modificáveis em professores de uma instituição pública de ensino superior do Sul do Brasil observou que os professores universitários, com bom nível econômico, possuem melhor qualidade de vida no domínio meio ambiente¹⁶. Na presente pesquisa, a renda bruta mensal acima de 11 salários mínimos favoreceu o maior escore no domínio meio ambiente, o que confirma semelhanças entre os achados. Nessa perspectiva, a questão salarial e a valorização profissional são fatores que podem proporcionar melhores condições de vida e melhor qualidade de vida¹¹. Quando se investiga a valorização da função docente no âmbito acadêmico, tanto na percepção do imaginário social quanto nos planos de cargos, carreiras e salários, verifica-se que o docente do ensino superior público encontra-se em boa posição. Por isso, o resultado foi positivo para a maioria dos participantes desta pesquisa no aspecto de remuneração e estabilidade alcançadas por meio do vínculo atual de trabalho²⁰.

A associação dos domínios com as variáveis acadêmicas, nesta pesquisa, mostrou que os educadores que exercem a carreira docente há menos de 12 anos alcançaram maiores escores nos domínios físico, psicológico e meio ambiente. Um estudo semelhante, ao avaliar a qualidade de vida de 73 discentes por

meio do Whoqol-Breve em Maceió (AL), verificou que o menor tempo de carreira docente esteve associado a maiores escores de qualidade de vida no domínio físico, de forma semelhante ao encontrado na presente pesquisa²¹. A conjectura para esses achados se mostra mais favorável aos profissionais com menor tempo de carreira, os quais podem auferir melhores condições de saúde e maior disposição para as atividades de trabalho. Por outro lado, é pertinente refletir que os docentes atuantes há mais tempo e que têm mais idade geralmente sentem maior segurança, estabilidade emocional e profissional, lidam melhor com as adversidades, compreendem melhor o posicionamento de colegas, acadêmicos e chefia, além de suas expectativas serem outras¹³. Embora esse contexto colabore positivamente para a sua qualidade de vida, na presente investigação, os docentes mais velhos apresentaram escores inferiores nos citados domínios da qualidade de vida.

Identificou-se, ainda, que quem mora com a família apresenta boa qualidade de vida. No entanto, uma investigação realizada com 349 docentes em Florianópolis (SC), também pelo Whoqol-Breve, com o objetivo de investigar a percepção de qualidade de vida dos docentes, verificou menor escore de qualidade de vida para as pessoas que moram com a família²². Mesmo considerando que a dupla rotina dos docentes pode acarretar problemas familiares e de saúde, entende-se que a família é de grande importância para o desenvolvimento de seus membros. É necessária a participação de todos para que possam desempenhar satisfatoriamente suas funções²³.

A prática profissional docente é marcada por fatores e sentimentos que comprometem a qualidade de vida em geral. A avaliação da qualidade de vida é um primeiro passo para se refletir sobre esses aspectos e compartilhar as situações que a influenciam positiva ou negativamente. A partir do momento em que se possibilita ao docente perceber situações que afetam sua qualidade de vida, isso pode proporcionar-lhe o início da busca por melhores condições de vida e de trabalho¹⁷.

Os professores do curso de Educação Física obtiveram maiores escores nos domínios relações sociais e meio ambiente, ao passo que os professores de Medicina e Biologia obtiveram escores inferiores. Esse achado vai ao encontro de investigação sobre a experiência do trabalho docente em cursos de saúde de uma universidade federal da Região Norte do Brasil. Embora o exercício profissional tenha sido identificado como fonte de estabilidade e realização pessoal e financeira, destacaram-se a precariedade do trabalho e relações interpessoais desgastadas, que tendem a induzir sofrimento e adoecimento²⁰. Isso pode ter afetado de forma mais acentuada os docentes dos cursos de Biologia e Medicina do presente estudo. Assim, é necessária uma reflexão sobre a temática entre

docentes, instituições de ensino e sociedade, na perspectiva de promover melhor qualidade de vida para esse público^{8,20}.

CONCLUSÃO

A boa qualidade de vida encontrada na maioria dos domínios pode oferecer momentos positivos aos docentes da área da saúde da instituição deste cenário. Todavia, como os professores que participaram deste estudo obtiveram qualidade de vida regular no domínio físico, esse aspecto demanda atenção, uma vez que a associação de uma boa qualidade de vida em todos os domínios favorece melhor qualidade de vida de maneira geral. A associação das características sociodemográficas e acadêmicas com a qualidade de vida mostrou a necessidade de prestar maior cuidado aos docentes que exercem a carreira há mais de 12 anos, não apresentam companheiro, não residem com a família e apresentam idade inferior a 43 anos, evidenciando maior necessidade de intervenção para esses trabalhadores. Ressalta-se a demanda de atenção especial aos docentes dos cursos de Biologia e Medicina, que apresentaram qualidade de vida mais afetada.

Embora este estudo seja restrito a uma única instituição de ensino superior e a descrição da qualidade de vida tenha sido feita de maneira abrangente, é relevante investigar essa temática, na perspectiva de propiciar melhoria na vida diária e formação dos docentes. Assim, recomenda-se a realização de outras pesquisas no cenário da presente investigação e em outros locais de ensino. Espera-se que este estudo subsidie as instituições de ensino superior com ações efetivas no campo da promoção da saúde e no fomento de avanços na qualidade de vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

À Unimontes, pela bolsa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic).

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Hartz ZMA, BUSS PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Colet*. 2000;5(1):7-18.
2. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):580-8.
3. Petrini AC. Avaliação da percepção da qualidade de vida de jovens universitários: comparativo entre graduandos do turno diurno e noturno. *Rev Bras Qualidade de Vida*. 2013;5(3):1-8.
4. Arronqui GV, Lacava RMVB, Magalhães SMF, Goldman RE. Perceptions of nursing students on their quality of life. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(6):762-5.

5. Almeida BAM, Guitierrez LG, Marques R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, 2012.
6. Koifman L. A função da universidade e a formação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(2):145-6.
7. Garcia AL, Oliveira ERA, Barros EB. Qualidade de vida de professores do ensino superior na área da saúde: discurso e prática cotidiana. *Cogitare Enferm*. 2008;13(1):18-24.
8. Ferreira RC, Silveira AP, Barbosa de Sá MA, Feres SBL, Souza JGS, Martins AMEBL. Transtorno mental e estressores no trabalho entre professores universitários da área da saúde. *Trab Educ Saúde*. 2015;13(supl. 1):135-55.
9. Martinez KASC, Vitta A, Lopes ES. Avaliação da qualidade de vida dos professores universitários da cidade de Bauru-SP. *Salusvita*. 2009;28(3):217-24.
10. Ramos FRS, Borges LM, Brehmer LCD, Silveira LR. Ethical education of nurses – indicators of change on the perception of professors. *Acta Paul de Enferm*. 2011;24(4):485-92.
11. Dávila MHX, Casagrande RJT, Pereira VCG. Qualidade de vida do trabalhador de uma instituição de ensino. *Cad Esc Saúde*. 2010;1(4):110-26.
12. Alves JGB, Tenório M, Anjos AG, Figueroa JN. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(1):91-6.
13. Koetz L, Rempel C, Périco E. Qualidade de vida de professores de instituições de ensino superior comunitárias do Rio Grande do Sul. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(4):1019-28.
14. Fernandes MH, Rocha VM, Fagundes AAR. Impacto da sintomatologia osteomuscular na qualidade de vida de professores. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(2):276-84.
15. Damásio BF, Melo RLP, Silva JP. Sentido de vida, bem-estar psicológico e qualidade de vida em professores escolares. *Paidéia*. 2013;23(54):73-82.
16. Filho AO, Netto-Oliveira ER, Oliveira AAB. Qualidade de vida e fatores de risco de professores universitários. *Rev Educ Fís/UEM*. 2012;23(1):57-67.
17. Cogo LLR, Gonçalves LO, Kerkoski E, Santos AA, Chesani FH. Perfil da qualidade de vida dos fisioterapeutas docentes do curso de fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí. *Rev Contexto Saúde*. 2011;10(20):367-74.
18. Lemos CAF, Nascimento JV, Borgatto AF. Parâmetros individuais e sócio-ambientais da qualidade de vida percebida na carreira docente em Educação Física. *Rev Bras Educ Fís Esporte*. 2007;21(2):81-93.
19. Salles WN, Egerland EM, Barroso MLC, Souza CA. Estilo de vida e perfil socioeconômico de docentes dos cursos de Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012;10(34):7-14.
20. Lago RR, Cunha BS, Borges MFSO. Percepção do trabalho docente em uma universidade da região norte do Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2015;13(2):429-50.
21. Moraes EPG, Azevedo RR, Chiari BM. Correlação entre voz, autoavaliação vocal e qualidade de vida em voz de professoras. *Rev CEFAC*. 2012;5(14):892-900.
22. Pereira EF, Teixeira CS, Lopes ADS. Qualidade de vida de professores de educação básica do município de Florianópolis, SC, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(7):1963-70.
23. Silva MLS, Arpini DM. A nova lei nacional de adoção – desafios para a reinserção familiar. *Psicol Estud*. 2013;18(1):125-35.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Souto LES, Souza SM, Lima CA e Lacerda MKS participaram de todas as etapas da pesquisa: concepção e desenho do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão final do artigo. Vieira MA orientou todas as etapas da pesquisa, participou da concepção e desenho do estudo, interpretação dos dados, elaboração e revisão final do artigo. Costa FM e Caldeira AP participaram da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e revisão da versão final.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lyssa Esteves Souza Souto
Rua Joaquina da Glória, 56
Panorama II – Montes Claros
CEP 39401-603 – MG
E-mail: lyssaesteves@yahoo.com.br

Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoría

Residency Programs in Family Practice: Preceptorship Activities

Maria Alicia Castells^I
Carlos Eduardo Aguilera Campos^{II}
Valéria Ferreira Romano^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Internato e Residência;
- Tutoria;
- Educação Médica;
- Medicina de Família e Comunidade;
- Atenção Primária à Saúde.

KEYWORDS

- Internship and Residency;
- Preceptorship;
- Education, Medical;
- Family Practice;
- Primary Health Care.

RESUMO

Este artigo aborda a prática da preceptoría nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no município do Rio de Janeiro. Por meio de um estudo sobre a preceptoría nestes programas, com base na percepção do preceptor em relação as suas atividades cotidianas, construiu-se uma pesquisa exploratória e descritiva, utilizando-se a técnica de grupo focal. Ocorreram três grupos focais com 15 preceptores de quatro diferentes programas do município do Rio de Janeiro. Após transcritas as falas, foi realizado o agrupamento temático e a análise de conteúdo, segundo Bardin¹⁴. Nos resultados do estudo, observou-se que a agenda de trabalho do preceptor é pouco estruturada, ficando sujeita à presença de várias demandas externas a sua atividade de formação. Assim, nesta agenda foram identificadas atividades educacionais, de gestão, além de atividades referentes à responsabilidade técnica das Clínicas de Família. Na relação com o residente, a supervisão do atendimento clínico individual é destacada como a atividade central da preceptoría, fazendo crer que ocorra certa restrição no olhar sobre o campo ampliado da saúde.

ABSTRACT

This article discusses preceptorships undertaken as part of Residency Programs in Family Practice (RFPF) in Rio de Janeiro. Through the study of preceptors involved in these programs and their views on their agenda, we developed an exploratory and descriptive research project using focus group techniques on three focus groups of 15 preceptors from 4 different RFPF. After transcribing the discussion, we performed thematic grouping and content analysis according to Bardin's method. The results of the study demonstrated that preceptors' agendas were unstructured and subject to the presence of several external demands not related to their training activities. The agendas included educational activities and management, as well as activities related to the technical responsibilities of Family Clinics. For residents, the preceptorship on individual clinical care is highlighted as the central activity, making it seem like there are certain restrictions on the view of the general field of primary health care.

Recebido em: 20/11/2014

Reencaminhado em: 11/11/2015

Aprovado em: 23/02/2016

^I Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

A ampliação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) que ocorre no Brasil, acompanhando a expansão da Atenção Primária em Saúde (APS), resultou no surgimento de experiências que trazem questões para reflexão e debate no campo da formação em saúde¹.

No município do Rio de Janeiro, com a expansão da APS a partir de 2009 e da demanda por médicos de família e comunidade, lançou-se mão da criação do Programa de Residência em MFC (PRMFC) da Secretaria de Saúde, em 2012, com 60 novas vagas de residência. Antes dessa experiência, já existiam no município outros dois PRMFC: o da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com dez vagas, e outro em parceria entre a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), com oito vagas, em 2011.

A iniciativa municipal teve como principal estratégia o pagamento de um incentivo que complementou a bolsa paga aos residentes. Os demais programas aderiram ao incentivo oferecido, ficando sujeitos aos critérios estabelecidos pelo município. Entre esses, destacam-se a proporção de quatro residentes sob a responsabilidade de um preceptor, além de menor dedicação de tempo deste profissional à assistência médica da população adscrita, ficando os residentes como responsáveis diretos por esta assistência.

A discussão sobre a preceptoria médica tem crescido na área da educação médica². No entanto, a maioria dos trabalhos diz respeito à graduação, enquanto uma minoria relata experiências de preceptoria na residência.

May *et al.*³ entrevistaram 423 MFC envolvidos em tarefas de preceptoria a internos de Medicina na Alemanha. As motivações intrínsecas mais frequentes foram ajudar o outro, interesse em ensinar, melhorar o ensino da graduação, promover e apresentar a complexidade da MFC e partilhar conhecimentos. Compensações materiais não foram relevantes. Restrições quanto à disponibilidade de tempo foram citadas como barreira ao trabalho de preceptoria, mas não foram uma preocupação generalizada.

A preceptoria em MFC é uma função desafiadora devido à abrangência e complexidade da atuação deste especialista. Shaufhnessy *et al.*⁴, em um estudo Delphi, evidenciaram uma lista de 72 atividades profissionais ou competências obrigatórias na formação dos residentes em MFC. Por um lado, o diagnóstico biomédico que é definido epidemiologicamente ocorre em cenário de baixa incidência e valor preditivo para doenças sérias, exigindo capacidade do especialista em manejar as probabilidades diagnósticas. Por outro lado, também

são analisados pelo profissional os contextos cultural e situacional, as características psicológicas e familiares e os aspectos comunitário e laboral⁵.

Ao uso dos testes biomédicos de rotina para o incremento da hipótese diagnóstica é acrescida a capacidade de realizar a abordagem comunicacional e relacional com o paciente. É importante ainda o uso da longitudinalidade como um elemento fundamental à boa conduta clínica⁵.

Esta atuação, exercida de forma multidimensional, talvez seja a principal característica que diferencia a MFC da grande maioria das especialidades. Para que o ensino desta especialidade se dê de forma satisfatória, é necessário que as condições de ensino e treinamento abranjam também este caráter multidimensional e não estejam centradas apenas no diagnóstico biomédico. Este aspecto representa o grande desafio do aparelho formador médico no Brasil e no mundo⁵.

Goertzen *et al.*⁶ entrevistaram preceptores e estudantes de Medicina e encontraram 275 incidentes críticos para uma abordagem efetiva e não efetiva envolvendo comportamentos específicos usados na preceptoria. Estes foram agrupados nos seguintes domínios: (1) o preceptor envolve ativamente o aluno na situação clínica, maximiza a relação preceptor-aluno para promover a aprendizagem e enfatiza a abordagem de resolução de problemas; (2) o preceptor coordena atividades clínicas e de ensino e demonstra competência como médico e profissional; (3) o preceptor utiliza uma abordagem organizada, com esclarecimentos sobre os objetivos de aprendizado, juntamente com um interrogatório ao aluno e um breve resumo, tendo em mente o processo contínuo de aprendizagem para o aluno; (4) o preceptor dá aos estudantes um *feedback* contínuo, incluindo avaliações sobre o seu desempenho. Os autores concluem que a preceptoria não é uma herança genética, mas, sim, um conjunto de habilidades a serem aprendidas. Até agora, professores clínicos aprenderam essas habilidades por tentativa e erro. O estudo, baseado na realidade do dia a dia de ensino, integra e sintetiza uma riqueza de experiências dos alunos e preceptores a partir da qual outros professores podem aprender.

Barker e Pittman⁷ enfatizam a importância do aprendizado em serviço no ambiente de pressão do dia a dia, decorrente das relações com os pacientes, outros profissionais, o sistema de referência e os estatutos municipais e federais que regulam as práticas, incluindo as exigências de produtividade. São barreiras para a preceptoria o desenho das unidades não preparadas para o estagiário, expectativas dos pacientes em serem atendidos pelo seu médico, desconforto do preceptor com o papel de professor e curta experiência na função de preceptoria. As técnicas mais indicadas para a preceptoria, segundo

os autores, deveriam abranger os estudos de caso, buscar e combinar a experiência dos pacientes com a do aluno em busca de uma aprendizagem específica, realizar sessões clínicas, realizar leituras dirigidas e utilizar a observação direta.

Carvalho *et al.*⁸ apresentaram um conjunto de competências necessárias ao preceptor em MFC, divididas em pré-requisitos, atributos e competências pedagógicas. Os pré-requisitos estão ligados à formação prévia na especialidade de, no mínimo, três anos. Os atributos conformam um perfil ideal para desenvolver a preceptoria: responsabilidade profissional, segurança técnica e capacidade de gerir os recursos, capacidade de análise e crítica, comunicação e capacidade de estabelecer relações de cooperação e apoio. Por fim, as competências pedagógicas estão ligadas às características docentes, tais como conhecer e mobilizar recursos formativos, ter uma relação eficaz orientador-aluno, saber técnicas de motivação, planejar a formação, conhecer e aplicar técnicas de ensino-aprendizagem, treinar capacidades de análise crítica do residente, aplicar técnicas de avaliação. Os autores reconhecem que as competências pedagógicas são as mais deficitárias entre os preceptores. Todas as competências devem ser adquiridas em instâncias formais ou não formais, isto é, em vigência da atuação da preceptoria, com mecanismos de educação permanente e continuada.

Para Botti e Rego⁹, os principais papéis do preceptor são ensinar a clinicar e integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho. Ser o interlocutor de referência do residente com o serviço também é um papel esperado para o preceptor^{8,10}. Neste sentido, o preceptor facilita a integração do residente ao cotidiano e garante a proteção dos seus direitos, evitando que ele seja considerado apenas uma substituição aos recursos humanos permanentes do serviço. Seus principais requisitos são o conhecimento e a habilidade para desempenhar procedimentos clínicos e ter competência pedagógica⁹, além da responsabilidade pela formação ética do aprendiz^{11,12,13}.

No município do Rio de Janeiro, com o surgimento do novo PRMMF em 2012 e as modificações dos programas que já existiam, cerca de 30 médicos de família e comunidade que atuavam em equipes de saúde da família do município passaram a ter a função de preceptores, assumindo um papel secundário em relação à assistência direta aos usuários. Esta situação poderia favorecer um maior envolvimento no processo de ensino-aprendizagem dos residentes.

O objetivo deste artigo foi identificar a visão do preceptor sobre suas atividades, sua prática cotidiana e o processo de trabalho desenvolvido.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, utilizando uma abordagem qualitativa. O cenário do estudo foram os serviços de APS do município do Rio de Janeiro: as Clínicas da Família e as Unidades Mistas, onde são desenvolvidas as atividades de preceptoria. Os quatro programas de residência em MFC estavam inseridos em unidades de saúde distintas. Atuavam à época 47 preceptores: 26 da SMS; 15 da Uerj; 2 da UFRJ e 4 da ENSP. Foi estimulada a participação de ao menos um preceptor de cada unidade de saúde inserida na residência.

Os dados foram coletados por meio de grupos focais e questionário. Os grupos focais levantaram as percepções dos preceptores sobre as suas atividades. Justificou-se a escolha desta técnica pela possibilidade de identificar, por meio do debate, questões de encontro e desencontro sobre o tema entre estes participantes. Foram realizados três grupos focais, respectivamente, com 4, 7 e 4, totalizando 15 preceptores, integrantes de 14 unidades de saúde distintas. Estiveram presentes preceptores dos quatro PRMFC do município – SMS-RJ, UFRJ, ENSP e Uerj –, mesclados nos grupos focais. A discussão nos grupos foi iniciada por meio de perguntas em relação a como estava ocorrendo a semana padrão dos preceptores, problematizando o desenvolvimento das diferentes atividades conduzidas por estes, assim como a relação do preceptor com a assistência e com as equipes de saúde da família. As discussões foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas.

Os questionários, com perguntas fechadas, foram respondidos por escrito pelos preceptores. As perguntas referiam-se aos dados pessoais e profissionais, com o objetivo de construir o perfil dos preceptores participantes do grupo focal.

Os dados colhidos com a utilização da técnica de grupo focal foram analisados empregando-se a análise de conteúdo e análise temática^{15,16}. Os dados obtidos com o questionário foram tabulados e analisados com o auxílio de cálculos estatísticos simples.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz, sob o parecer de número 237.254, e recebeu anuência institucional da Secretaria Municipal de Saúde-RJ.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos preceptores

O grupo de participantes era formado por profissionais com faixa etária entre 26 e 39 anos, com distribuição equilibrada entre os sexos; muitos eram oriundos de outros estados (Tabela 1).

TABELA 1	
Perfil dos preceptores por faixa etária, sexo e local onde realizaram graduação e residência médica	
Preceptor (n = 15)	
Faixa etária	
25-29 anos	7
30-34 anos	7
35-39	1
≥ 40 anos	0
Sexo	
Feminino	8
Masculino	7
Local da graduação em Medicina	
No RJ	7
Fora do RJ	8
Local da residência médica	
No RJ	8
Fora do RJ	6
Sem residência	1

Fonte: A autora, 2013.

Dos 15 participantes, 13 realizaram a residência médica em MFC. No momento da pesquisa, nenhum preceptor havia concluído curso de mestrado ou doutorado. No entanto, sete deles estavam com mestrado em andamento (Tabela 2). O fato de os participantes terem poucos cursos de pós-graduação concluídos pode estar relacionado com a menor vinculação de alguns dos PRMFC do RJ a instituições de ensino, mas também ao pouco tempo de formação dos preceptores.

TABELA 2		
Atividades de pós-graduação dos preceptores pesquisados		
Preceptores (n = 15)		
Residência em MFC	Sim	13
	Não	2
Mestrado	Sim	0
	Não	8
	Em andamento	7
Doutorado	Sim	0
	Não	15
	Em andamento	0

Fonte: A autora, 2013.

Quanto ao tempo de formação, a maioria dos participantes concluiu a graduação e a residência na especialidade de MFC em até cinco anos (Tabela 3). Todos os participantes da pesquisa tinham no máximo três anos de experiência de trabalho na atividade de preceptoria (Tabela 4).

TABELA 3					
Tempo de formação dos preceptores					
	< 1 ano	1 a 5 anos	5 a 10 anos	> 10 anos	Total
Tempo de conclusão da graduação	0	9	5	1	15
Tempo de conclusão da residência em MFC	4	8	1	0	13*

Fonte: A autora, 2013.

* Dois preceptores sem residência em MFC.

TABELA 4					
Tempo de experiência profissional dos preceptores					
	< 1 ano	1 a 2 anos	2 a 3 anos	> 3 anos	Total
Tempo de trabalho na APS	1	2	6	6	15
Tempo de trabalho no estabelecimento de saúde atual	6	3	6	0	15
Tempo de exercício da atividade de preceptoria em RMMFC	5	6	4	0	15

Fonte: A autora, 2013.

Atividades e organização da agenda de trabalho da preceptoria

Os participantes referiam falta de organização da sua agenda de trabalho, que resultava num trabalho improvisado, muitas vezes orientados pelo surgimento de problemas do dia:

Em questão de organização, organização mesmo, é mais do dia a dia, não tem um planejamento fixo [...] Eu não sei como vai ser a minha semana, eu não sei! (GF 1, Preceptor 3)

Atualmente, a minha agenda é totalmente improvisada, minha agenda é o que a gente vai fazer naquela hora, naquele momento. (GF 1, Preceptor 4)

A falta de uma agenda mais sistematizada fez com que demandas imediatas atravessassem a agenda de trabalho, e nem sempre essas demandas estavam ligadas às questões de formação. Isto pode contribuir para desviar o preceptor do lugar de ensino em serviço, ao mesmo tempo em que sobrecarrega sua agenda de trabalho e coloca muitas atividades sob sua responsabilidade:

A gente é visto como um coringa [...] Agora a gente tem que fazer a semana padrão para o preceptor, porque a gente vai esgotar aqui, a gente faz tudo. (GF 1, Preceptor 4)

Como a gente é o preceptor, e a gente está um pouco deslocado da assistência, a gente acaba muitas vezes tendo que fazer o papel que na verdade não é o nosso. É o papel da gerência da unidade. (GF 2, Preceptor 3)

Em contrapartida, os preceptores que relataram trabalhar com uma agenda mais estruturada e que procuravam manter uma concordância com a agenda dos residentes afirmaram a tendência a priorizar atividades de supervisão localizadas no espaço do consultório, conforme discutido a seguir.

Trabalho do preceptor centrado na consulta

Nas falas dos participantes foi recorrente a menção da atividade de consulta médica, com ou sem a presença do residente, como lugar de destaque e centralidade na sua agenda de trabalho. Isso surgiu tanto dos preceptores que não conseguiram planejar sua agenda, quanto daqueles que já possuíam alguma organização. A relação de residentes por preceptor, quatro residentes para um preceptor, pareceu ser um dos motivos dessa centralidade no espaço da consulta. Em praticamente todos os períodos da semana, alguns dos residentes realizavam atendimento em consultório, com o preceptor à disposição para as dúvidas do residente.

Então acaba que às vezes a gente fica muito restrito para atividades dentro da unidade. O que eu acho muito ruim, eu gostava muito de fazer visita e agora eu consigo fazer muito menos do que eu gostaria [...] mas, naquela semana de atendimento, a maioria das horas é de assistência de atendimento, junto com os residentes. (GF 2, Preceptor 1)

O fato de a centralidade do exercício da preceptoría ser na consulta médica fez pensar a ocorrência de menor priorização de outras atividades fundamentais da Atenção Primária à Saúde. Foram pouco citadas atividades de promoção da saúde e de educação em saúde, seja por meio de atividades individuais ou coletivas, seja no consultório ou na comunidade. Essa priorização do espaço individual, focado no atendimento médico em consultório, pode aumentar a possibilidade de aproximação do modelo de atenção de uma lógica curativa, com ênfase no saber médico, mais característico do modelo biomédico¹⁶. Essa ênfase dada ao atendimento clínico individual pelo MFC é destacada em outros trabalhos^{17,18}. Embora seja explicitada na especialidade a importância da integração entre atividades de caráter individual e coletivo, podem ser identificados grupos dentro da especialidade que dão maior ênfase a uma dessas atividades^{17,19}.

É importante reforçar as limitações que as práticas de saúde excessivamente voltadas ao atendimento individual po-

dem apresentar, mesmo que consigam exercer a integralidade no sentido de um atributo presente na prática desenvolvida pelo profissional de saúde e, portanto, possam ser consideradas como traços da boa prática médica¹⁹.

Essa questão também foi alvo de críticas pelos próprios participantes. Na tensão existente nos rumos da especialidade, alguns deles se colocaram de forma crítica a esse modelo mais voltado para a formação de especialistas clínicos:

Isso está sendo construído, essa é uma política que está em disputa, esse modelo não é o único no Brasil, mas tem um modelo mais forte, que domina. [...] Me incomoda pensar que a gente está formando residentes hoje com um perfil que é extremamente adequado ao mercado privado e que talvez nem consiga ter tanta clareza de que o [setor] público tem algumas nuances que a gente precisa trabalhar um pouco mais, como em relação à comunidade, de relação de controle social, de espaço de participação popular... questões que hoje, no nosso modelo assistencial, estão ausentes... (GF 1, Preceptor 1)

Hoje a gente forma infelizmente ótimos clínicos da Atenção Básica, que eu acho que não é médico de família, mas porque a gente não consegue, na verdade, transpor as barreiras do próprio sistema que está sendo formado. (GF 1, Preceptor 5)

Mesmo considerando a permanência e influência do modelo biomédico nas práticas de saúde desse profissional, os participantes sinalizaram movimentos internos de questionamento. Apesar de sofrerem influências que determinam em parte a sua ação, também se entendem como sujeitos nesse processo. E identificam a possibilidade de pensar a preceptoría enquanto um grupo de sujeitos participativos do processo de construção dos rumos da residência.

Eu acho que é um momento absurdamente potente, a gente tem muita gente, muito boa, trabalhando na preceptoría [...] Eu acho que nesse ponto a gente está aumentando, está se encontrando mais. [...] mas essa interação, essa troca, essa construção pra mim tem que ser essencialmente coletiva. (GF 1, P 1)

O preceptor e o atendimento clínico

Com a entrada dos médicos residentes nas equipes de saúde da família – no novo modelo dos PRMFC do Rio de Janeiro –, o médico anterior foi deslocado para a função de preceptor, deixando de ser o principal médico de referência na ESF. Esta responsabilidade passou a ser compartilhada com o residente e, posteriormente, priorizada por este. No entanto, os preceptores referiram que o atendimento direto aos indivíduos e às famílias estava bastante presente no seu cotidiano, apesar de

não aparecer de forma organizada na sua agenda de trabalho. A maioria dos preceptores referiu não ter uma agenda própria para marcação de consultas, o que os colocaria como um personagem de suporte para o residente.

Nas falas dos participantes, a sua relação direta com a assistência acontece em momentos em que ocorre excesso de demanda de atendimento na agenda do residente, em situações nas quais este falta ao trabalho ou no atendimento de casos de maior gravidade ou complexidade:

Faço bastante atendimento. Geralmente eu tento dar uma aliviada na pressão de demanda dos residentes. (GF3, Preceptor 1)

A gente até atende alguns pacientes sozinho e até faz algumas interconsultas. E quando tem um ou outro paciente muito grave, a gente geralmente assume para não deixar a fila embolar. (GF 1, Preceptor 3)

Nesta questão, observou-se uma crítica ao modelo de preceptor exclusivamente responsável pela formação do residente e distanciado das questões do serviço, modelo de preceptoria que alguns tiveram em suas residências:

Existem também alguns preceptores não necessariamente antigos, mas novos também, que têm essa ideia de ficar lá sentado só discutindo os casos. Eu tive isso na minha residência, preceptores que eram assim. (GF 2, Preceptor 1)

Isso só funciona num lugar que tem demanda limitada. (GF2, Preceptor 6)

Mas eles acreditavam, não tinha essa preocupação com a demanda... (GF 2, Preceptor 1)

[...] a minha preceptora não se preocupava se o paciente ia ficar sem atendimento, porque a função dela era... (GF 2, Preceptor 4)

De formação. (GF 2, Preceptor 1)

Nesse mesmo sentido – questionando modelos de preceptoria excessivamente voltados à formação –, alguns preceptores percebem a existência de uma tensão entre ensino e serviço, e reconhecem a importância da valorização dos dois polos:

Na verdade a gente tem uma relação com o usuário, a formação não está isolada do contexto. A educação não é o principal, o principal é o usuário. O contexto é a educação. Na verdade, o SUS deveria ser um grande espaço de educação e nesse contexto os usuários são a parte essencial. Eu acho isso muito bom. (GF 2, Preceptor 3)

Ao mesmo tempo, criticam também a ideia de considerar a residência apenas como atividades de assistência, e não como um processo de formação:

O ano passado, eles (residentes) só atenderam e aí... só que não refletiram sobre o processo de trabalho [...] não pensaram a residência como formação, pensaram a residência como serviço. (GF 1, Preceptora 2)

Gestão do serviço

As atividades de gestão, às vezes citadas como atividades de organização do serviço de saúde, apareceram de forma muito intensa, o que evidencia a importância que o preceptor imprime a este tema, reconhecendo-o como pauta necessária e urgente. Foram incluídas aqui tanto atividades de apoio à gerência local e realização de atividades administrativas, quanto atividades de discussão do processo de trabalho e das práticas de saúde do serviço. Ou seja, são demandas referentes à gestão dos serviços de saúde, e que muitas vezes aparecem pouco discriminadas entre si e classificadas aparentemente com o mesmo grau de relevância. Assim, parece haver certo grau de confusão e falta de delimitação das atribuições a serem assumidas pelo preceptor.

Os preceptores, por outro lado, reconheceram que a participação na organização do serviço, quando em espaços selecionados, poderia contribuir para a construção e discussão de modelos assistenciais em disputa no serviço.

Acho que essa questão que a gente falou da organização dos serviços, esse papel muito proativo do preceptor, ele vem justamente nisso, na micropolítica, você tentar direcionar um pouquinho pra onde sua unidade vai atuar... (GF 1, Preceptor 5)

Reconheceram também a força de sua influência na gestão do serviço a favor de aprimorar os processos de organização para o ensino da residência:

Senti que precisava organizar o serviço pra ter um bom ambiente de ensino, tentei me envolver mais com a organização do serviço, me envolvi com a questão da responsabilidade técnica [...] precisava mudar o serviço para tentar organizar o ensino melhor. (GF 1, Preceptor 5)

Mediar as relações de trabalho que se estabelecem entre o médico residente e o serviço surgido, de certa maneira, como uma atribuição do preceptor, fortalecendo a compreensão do papel do residente não apenas como mão de obra, ou como substituto de recursos humanos do serviço, mas como um profissional em formação, em período de treinamento. Em

suma, interferir em questões burocráticas do serviço parece gerar consequências na garantia de um ambiente de ensino mais favorável.

No entanto, houve uma preocupação com a possibilidade de que a agenda do preceptor fosse ocupada demasiadamente por atividades administrativas ou de apoio à gestão. Essa situação poderia gerar um excesso de funções e sobrecarga de trabalho para o preceptor, resultando em menor disponibilidade de tempo para o residente, colocando a atribuição de formação em segundo plano. Alguns preceptores apontaram uma mudança de posição com base nessa reflexão, num esforço por compreender as limitações de seu trabalho:

Eu tinha essa questão da gerente muito também. Mas isso fez com que a gente, de modo geral, lá na Clínica, num certo momento a gente negligenciou um pouquinho os residentes. Por querer ajudar a gestão da Clínica. Só que isso gerou consequências de a gente começar a repensar, junto com os residentes [...] Então, vamos ensinar aqui o negócio... e o mínimo possível sair de perto do residente pra ficar perto da gerente... (GF 3, Preceptor 1)

Alguns preceptores citaram exemplos de atividades exclusivamente administrativas que disputavam a agenda do preceptor:

Mas a gente faz tudo, absolutamente tudo. Pra você ter noção... o preceptor estava vendo as vagas de estacionamento da unidade. (GF2, Preceptor 4)

E fora as outras questões administrativas da unidade, de regulação, escala sei lá do quê... Com o problema grave que nós temos de administração de unidade, a gente acaba tendo que ajudar. (GF 2, Preceptor 1)

Por outro lado, embora os preceptores critiquem o excesso de funções que vêm assumindo no cotidiano de trabalho, parece que algumas delas são acumuladas intencionalmente, gerando um discurso confuso. Vários participantes da pesquisa referiram ocupar o cargo de responsável técnico médico (RT) das suas unidades de saúde – cargo obrigatório, exigido pelo CFM e instituído pela SMS-RJ em 2009 nas unidades de saúde da APS, na relação de um RT médico por unidade de saúde. Mesmo os preceptores que não eram oficialmente os responsáveis técnicos nas suas unidades referiam assumir parte das atribuições de RT, principalmente na função de responsáveis pelo Sistema de Regulação Ambulatorial (Sisreg).

Eu não sou paga pelo RT, mas eu faço tudo que o RT deveria fazer. (GF 3, Preceptor 2)

Então você é RT sem reconhecimento. (GF 3, Preceptor 3)

[...] Então, acaba que a gerente conta muito comigo pra tentar ajudar, planejar, organizar, regular... e tudo mais. (GF 3, Preceptor 2)

Você não é RT, mas é a mesma função, entendeu? Assim, faz a mesma coisa. [...] É você que exerce essa função de organizar, de coordenar. Então, no final das contas, é só um título que, na verdade, nesse grupo aqui, todos exercem. (GF 3, Preceptor 3)

Fazemos trabalho de RT também sem ser RT [...], talvez por ter mais experiência na Atenção Primária que ela. (GF 1, Preceptor 3)

Ao RT compete, em sentido amplo e de acordo com a legislação vigente, “assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis ao exercício de uma boa prática médica, zelando, ao mesmo tempo, pelo fiel cumprimento dos princípios éticos” (p.7014)²⁰. Uma vez que o preceptor deve ser um profissional médico de elevada qualificação ética e profissional, poder-se-ia considerar que as funções de RT e de preceptoria tendem a manter algum grau de proximidade e congruência nas suas atribuições. No entanto, no cotidiano, ser RT se traduz em múltiplas atividades administrativas extras, sobrecarregando ainda mais a agenda de trabalho.

Uma das questões que apareceram foi a necessidade de estabelecer um diálogo entre uma posição de controle da gestão do serviço a favor do ensino e o sentimento de haver excesso de atribuições do preceptor.

O fato de o preceptor assumir, além das atividades próprias da formação e de atenção à saúde, um grande número de atividades referentes à gestão do serviço, inclusive funções administrativas, parece ampliar o seu lugar de referência – não apenas ética e técnica – frente aos outros trabalhadores do serviço. Nesse contexto, os preceptores revelaram um sentimento de fortalecimento e legitimação do lugar do preceptor dentro da Clínica. E também é referido que, entre outros trabalhadores da Clínica e entre usuários, há uma ideia de superioridade hierárquica do preceptor:

E as minhas ACS antigas, que eram da minha equipe antiga, explicam o que é o preceptor: “O preceptor é o chefe”. É, virou chefe. (GF 2, Preceptor 6)

Muitos definem assim. (GF 2, Preceptor 2)

Eu ganhei parabéns esta semana da paciente, pela promoção! (GF 2, Preceptor 4)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou compreender a formação da identidade do preceptor em MFC em um contexto de criação de programas de residência novos em unidades recém-criadas no município do Rio de Janeiro. Identificou-se um processo ainda em construção e sujeito a múltiplas tensões cotidianas. Neste estudo, procuramos identificar e compreender principalmente as tensões internas ao trabalho, com base nas falas dos preceptores.

Uma questão de fundamental relevância foi a identificação de uma agenda de trabalho pouco organizada, que acaba por produzir uma demanda excessiva de trabalho. O modelo atual de residência, que proporciona ao preceptor mais tempo livre na sua agenda, poderia resultar em maior disponibilidade desse tempo para as atividades de formação do residente. No entanto, essa relação não é direta. O que se observa é que esse espaço “livre” na agenda do preceptor, quando pouco estruturado, é disputado por inúmeras outras atividades não diretamente relacionadas à formação.

O envolvimento com a gestão do serviço é uma questão recorrente e bastante enfatizada pelos preceptores como atividade presente na sua agenda de trabalho. É interessante destacar esta questão na construção da identidade do preceptor como um movimento que sinaliza a compreensão de uma responsabilidade política deste ator. Existe o reconhecimento da participação na gestão dos processos de trabalho do serviço de saúde como algo fundamental – às vezes, como forma de fortalecer a organização do ensino; outras vezes, também como forma de disputa das práticas de saúde do serviço.

Outra particularidade identificada neste estudo que parece caracterizar o agir da preceptoria é a centralidade dada ao atendimento médico individual, em detrimento de outras atividades de atenção à saúde características da APS. Podemos inferir que isto significa uma aproximação de um modelo mais centrado no saber médico, exercido no espaço do consultório – talvez centrado na doença –, o que pode representar uma tendência a uma abordagem mais biomédica. Esta é uma questão que necessitaria de maior estudo, para identificar os arranjos que se estabelecem entre as práticas de saúde e suas relações com a produção do cuidado.

Também se observa que, embora não tenha uma agenda de atendimentos própria, o preceptor acaba fazendo um grande número de atendimentos, seja por sobrecarga, por ausência do residente ou por falta de outro profissional para esse lugar. Assim, o preceptor vai ocupando um lugar onde se torna integrante das equipes de saúde com o residente, além de personagem de suporte importante do serviço de saúde como um todo. Nessa dinâmica, acaba se perdendo a riqueza da observação direta da sua prática pelo aprendiz – momento em que poderia ocupar o lugar de modelo de especialista para o residente.

Identificamos na pesquisa uma crítica importante à existência de uma relação ensino-serviço polarizada, para ambas as partes. Quando assumem esse lugar de suporte descrito anteriormente, os preceptores verbalizam a existência de uma responsabilidade que têm com o serviço de saúde e os usuários, e não apenas com o residente e com o ensino. Portanto, sua responsabilidade pela formação pedagógica do residente não os distancia das responsabilidades com o serviço de saúde; eles não restringem suas responsabilidades apenas ao lugar de “formador”, assumindo uma crítica a um modelo de preceptor que alguns experimentaram durante sua formação – um preceptor com menor vínculo e distanciado do serviço. Nessa relação entre ensino-serviço, acabam também ocupando um lugar de elo entre o residente e o serviço de saúde, mediando as relações e conflitos existentes.

Parece nítida a falta de maior protagonismo e direcionalidade das coordenações dos programas de residência, assim como o grande número de residentes por preceptor. Isto pode estar relacionado ao pouco tempo de implantação, ao crescimento acelerado dos serviços e ao número de vagas de residência. Isto faz com que não só as coordenações como os próprios preceptores se envolvam em múltiplas tarefas gerenciais e administrativas para organizar questões estruturais dos serviços de saúde e dos programas. Soma-se a isso o fato de a maioria dos preceptores participantes da pesquisa ter poucos anos de experiência profissional, tanto na especialidade quanto no papel de preceptor.

Uma das questões talvez seja definir quanto tempo o preceptor deve dispensar a outras atividades e qual a importância delas em suas atribuições, sem comprometer o acompanhamento pedagógico dos residentes, a organização e o planejamento das atividades de formação.

A necessidade de reflexão sobre novas modelagens de residência, que trabalhem com grande escala e maior protagonismo da gestão municipal, traz a necessidade de pensar a prática da preceptoria e a participação de novos preceptores, provavelmente com pouca experiência nesta função. Para enriquecer esta reflexão, seriam interessantes também estudos que permitissem um olhar para a relação pedagógica e o processo de ensino-aprendizagem que se estabelece entre o preceptor e o residente, além do aprofundamento de outras atribuições desses preceptores.

REFERÊNCIAS

1. Campos CEA, Izecksohn MMV. Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. *Rev APS* 2010;13(2):148-155.

2. Missaka H, Ribeiro VMB. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. *Rev Bras Educ Méd* 2011;35(3):303-310.
3. May M, Mand P, Biertz F, Hummers-Pradier E, Kruschinski C. A survey to assess family physicians' motivation to teach undergraduates in their practices. *PloS one* 2012;7(9):45846.
4. Shaughnessy AF, Sparks J, Cohen-Osher M, Goodell KH, Sawin GL, Gravel Jr J. Entrustable professional activities in family medicine. *Journal of graduate medical education* 2013;5(1):112-118.
5. Olesen F. A framework for clinical general practice and for research and teaching in the discipline. *Family Practice* 2003;20:318-323.
6. Goertzen J, Stewart M, Weston W. Effective teaching behaviours of rural family medicine preceptors. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 1995;153(2):161.
7. Barker ER, Pittman O. Becoming a super preceptor: a practical guide to preceptorship in today's clinical climate. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2010;22(3):144-149.
8. Carvalho F, Ventura T, Barroso R. Perfil de competências do orientador de formação. *Rev Port Clin Geral* 2004;20:147-52.
9. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Méd* 2008;32(3):363-373.
10. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre, RS. 2010-2011.
11. Botti SHO, Rego S. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2011;21(1):65-85.
12. Rego S. As identidades do preceptor: seu papel na formação moral e ética. In: Ribeiro VMB, org. Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde. Juiz de Fora: Ed. UFJF; 2011.
13. Feuerwerker LCM. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In: Ribeiro VMB, org. Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde. Juiz de Fora: Ed. UFJF; 2011.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
16. Camargo Junior KR. A biomedicina. *PHISIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2005;15(Suplemento):177-201.
17. Pustai OJ. A "ordem" *de-vida* para o médico para o médico pensar o paciente: uma ontologia espinosana de ser humano na medicina. Porto Alegre; 2006. Doutorado [Tese] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
18. Bonet OAR. Os médicos da pessoa. Um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional. Rio de Janeiro; 2003. Doutorado [Tese] – Universidade Federal do Rio de Janeiro.
19. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Piniheiro R, Mattos RA, org. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2001.
20. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.342/91. *Diário Oficial da União*, 16/04/1991, seção I, p. 7.014.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Maria Alicia Castells foi responsável pela revisão bibliográfica, coleta e análise dos dados, redação e formatação do artigo. Carlos Eduardo Aguilera Campos e Valéria Ferreira Romano fizeram a orientação do estudo, ajudaram na redação, formatação e revisão crítica do trabalho.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Alicia Castells
Rua Hermenegildo de Barros, 167 ap 104
Santa Teresa – Rio de Janeiro
CEP: 20241-040 RJ
E-mail: ali_castells@yahoo.com.br

Percepção de Discentes de Medicina sobre o Feedback no Ambiente de Aprendizagem

Medical Students' Views on Feedback in the Learning Environment

Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote^{1,II}
Edna Regina Silva Pereira^I

PALAVRAS-CHAVE

- Retroalimentação Psicológica;
- Estudantes de Medicina;
- Ensino;
- Aprendizagem;
- Educação Médica;
- Avaliação Educacional.

KEYWORDS

- Feedback, Psychological;
- Medical Students;
- Teaching;
- Learning;
- Medical Education;
- Educational Assessment.

RESUMO

O feedback é descrito na literatura como capaz de influenciar poderosamente o aprendizado, mas, na prática, ocorre raramente e/ou de forma ineficaz. O objetivo deste trabalho foi avaliar como estudantes de cursos de Medicina percebem o feedback educacional e identificam as características positivas e negativas, de docentes e discentes, associadas à realização do feedback. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, por meio de grupos focais com alunos do quarto ano ou oitavo período de três faculdades de Medicina. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, criando-se as seguintes categorias: características do feedback recebido, fatores relacionados à ocorrência do feedback, características do docente para dar o feedback e características do discente para receber o feedback. Observou-se que, independentemente da instituição e do modelo curricular, na percepção dos participantes da amostra, a prática do feedback precisa ser melhorada nos ambientes de ensino e aprendizagem. Deve-se estimular tanto os docentes a dar o feedback, quanto os discentes a buscar recebê-lo, para que seja uma prática regular, contínua e com qualidade.

ABSTRACT

Although feedback is described in literature as capable of powerfully affecting learning, in practice it rarely occurs and/or is ineffective. The aim of this research was to gauge how medical students view educational feedback, and to identify the positive and negative characteristics of both teachers and students involved with the completion of feedback. Qualitative in nature, the study collected data via focus groups of fourth-year or eighth-term students at three medical schools. Thematic analyses revealed four major themes: the characteristics of feedback received, factors related to the occurrence of feedback, characteristics of the teacher to have provided feedback, and characteristics of the student to have received feedback. Regardless of the institution and the curriculum model, this sample suggested that the practice of feedback needs to be improved in the teaching and learning environments. Teachers should be encouraged to provide feedback and students should seek it out, so that it becomes a regular, continuous, and quality practice.

Aprovado em: 05/03/2014

Reencaminhado em: 23/12/2014

Reencaminhado em: 17/07/2015

Aprovado em: 26/02/2016

^I Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

^{II} Centro Universitário de Anápolis, Anápolis, GO, Brasil.

INTRODUÇÃO

Na Medicina, o foco educacional mudou da aquisição de conhecimento e treinamento prolongado para alcance de objetivos de aprendizado e preparação dos graduandos para responder às demandas de saúde individual, coletiva e do sistema de saúde¹. Espera-se que estudantes desenvolvam competências específicas para desempenho profissional. A avaliação da aquisição de conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos gera informações sobre desempenho do estudante. Neste contexto, emerge a importância do *feedback*¹.

Feedback é uma informação específica sobre a comparação entre observação da *performance* ou do conhecimento de um aluno no desempenho de uma tarefa e *performance* ou conhecimento padrão desejado com a intenção do aprimoramento do mesmo, reduzindo a distância existente entre o ideal e a prática^{2,3}.

Na perspectiva construtivista, *feedback* não é apenas uma informação transmitida de professor para aluno sobre desempenho correto a ser reforçado (*feedback* positivo) ou errôneo a ser corrigido (*feedback* negativo) como simples mensagem a ser decodificada e colocada em ação⁴. O estudante deve assumir uma postura ativa na discussão dessas informações para que possa confirmar, adicionar, substituir, ajustar ou reestruturar o conhecimento, as habilidades e as atitudes, desenvolvendo novas ideias e capacidades². Torna-se o processo um diálogo entre o provedor e o receptor, importante em si, assegurando que a mensagem foi recebida, como foi interpretada e como precisa ser contextualizada e colocada em prática em nova oportunidade^{2,5}.

Define-se *feedback* efetivo como aquele capaz de gerar resultados, ou seja, um desenvolvimento positivo e desejável por meio de uma informação oferecida sobre *performance* ou conhecimento prévio^{6,7}. Para tanto, todas as fases (tarefa, observação, informação gerada) devem ser detalhadas, compreensíveis, com significado para o indivíduo, baseadas na realidade vivenciada, com objetivos claros e oferecer apoio ao processo de ensino-aprendizagem^{8,9}.

Na literatura, *feedback* é descrito como capaz de influenciar poderosamente o aprendizado^{1,2,6,10,11,12}, embora na prática ocorra raramente ou de forma ineficaz^{2,10,11,12}. Portanto, são necessários estudos qualitativos e quantitativos que investiguem o *feedback* no ambiente de ensino-aprendizagem^{2,10}.

O objetivo deste trabalho foi avaliar como estudantes de cursos de Medicina percebem o *feedback* educacional e identificam as características positivas e negativas, de docentes e discentes, associadas à realização do *feedback*.

MATERIAIS E MÉTODOS

Com a finalidade de analisar a percepção de um grupo sobre um assunto específico, utilizou-se a abordagem qualitativa de pesquisa, e na coleta de dados foi empregada a técnica de grupo focal^{13,14}.

O critério de inclusão para participar da amostra foi: indivíduo que estivesse cursando quarto ano ou oitavo período de uma das faculdades de Medicina do Estado de Goiás.

Em Goiás, no período da pesquisa, quatro instituições de ensino superior ministravam curso de Medicina¹⁵. A instituição pública federal, criada em 1960, utiliza metodologia tradicional de ensino com algumas inovações curriculares desde 2003¹⁶. Nas outras três, os cursos de Medicina foram criados após a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina pelo Conselho Nacional de Educação em 2001, sendo dois estabelecimentos privados e um municipal. Nestes três cursos de Medicina, os currículos adotam metodologias ativas de ensino, como a aprendizagem baseada em problemas e a problematização^{15,17}.

Compor o grupo focal com alunos do quarto ano ou do oitavo período do curso de Medicina foi uma escolha intencional¹⁸, a fim de que a amostra fosse composta por alunos que cursaram a maior parte da graduação antes de iniciar o internato. Por isso, apenas duas instituições privadas e a instituição pública federal tiveram representantes na amostra, uma vez que o curso de Medicina não representado teve atividades iniciadas em 2012.

Estabeleceu-se contato prévio com as secretarias dos cursos para obtenção da lista de matriculados que se encaixavam no critério de inclusão. Selecionou-se a amostra estudada de forma aleatória, por sorteio via Microsoft® *software* Office Excel¹⁹, sendo recrutada por contato telefônico. Os estudantes foram convidados para discutir um tema de educação médica, mas a temática específica lhes foi ocultada.

Grupos focais ocorreram entre outubro e dezembro de 2013. Para garantir que cada grupo focal tivesse entre 4 e 12 participantes, conforme orientado pela literatura^{18,20,21}, convidaram-se 18 alunos de cada instituição, por reconhecer que imprevistos poderiam impedir a presença de alguns alunos confirmados no dia agendado, garantindo a aleatoriedade do sorteio. Atenderam ao recrutamento 12 alunos de uma das instituições, sete alunos de outra e seis alunos da terceira.

A duração do debate foi de 60 minutos em dois grupos e 90 minutos no outro. Finalizou-se cada grupo focal quando se obteve a saturação do tema proposto, porque o objetivo não é a representatividade dos dados, mas, sim, a diversidade e a profundidade da informação e a compreensão, como em ou-

tros métodos qualitativos, de que a coleta de dados está concluída quando o material coletado é redundante¹⁸.

Realizou-se a análise dos dados por meio da técnica de análise de conteúdo, primando por descrever de forma objetiva e sistemática o conteúdo manifesto nas discussões dos grupos focais com a finalidade de interpretá-lo²². Dentre várias modalidades de análise de conteúdo, optou-se pela análise temática fundamentada em Minayo²² e Bardin²³, por ser apropriada a investigações qualitativas em saúde¹⁴.

Após a transcrição das falas dos grupos focais, utilizou-se o *software* Atlas.ti versão 7.0.77²⁴ para separar falas semelhantes, facilitando a organização da codificação e da categorização dos dados.

Definiram-se categorias e subcategorias (Quadro 1) tanto *a priori*, baseadas nos objetivos do trabalho e no roteiro de debate utilizado para a condução do grupo focal (Quadro 2), como com base nas que emergiram das falas dos participantes.

QUADRO 1 Categorias e subcategorias	
1. Características do <i>feedback</i> recebido	Positivas Negativas
2. Fatores relacionados à ocorrência do <i>feedback</i>	Facilitadores Dificultadores
3. Características do docente para dar o <i>feedback</i>	Positivas Negativas
4. Características do discente para receber o <i>feedback</i>	

QUADRO 2 Roteiro de debate para condução dos grupos focais	
Sobre <i>feedback</i> , vamos discutir algumas questões:	
1. Como o <i>feedback</i> foi ministrado para vocês?	
2. O que vocês consideram um bom <i>feedback</i> ? Descrevam suas características.	
3. Em algum momento o <i>feedback</i> ministrado não foi considerado adequado? Por quê?	
4. Em sua opinião, quais características/qualidades um professor deve ter para dar um <i>feedback</i> efetivo?	
5. Em sua opinião, quais características/qualidades um aluno deve ter para receber um <i>feedback</i> efetivo?	
6. Para finalizar, como vocês gostariam de receber um <i>feedback</i> ?	

A coleta de dados iniciou-se após aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da instituição proponente e das duas instituições coparticipantes, sob o protocolo CAAE da Plataforma Brasil 14771213.9.0000.5078.

Iniciaram-se os grupos focais após concordância dos estudantes participantes com os propósitos da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Desenvolveu-se todo o estudo contemplando preceitos éticos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde²⁵.

Os grupos focais receberam um código com a letra inicial das palavras “Grupo Focal” (GF) seguido dos números 1, 2 e 3, a fim de garantir o anonimato dos discentes e das instituições participantes.

RESULTADOS

Características positivas do *feedback* recebido

Quatro características positivas emergiram em todos os grupos para que um *feedback* fosse considerado efetivo.

Uma característica foi o *feedback* ser individual, oferecendo oportunidade de discussão:

*Quando você errava uma questão, ela escrevia o que você errou, o motivo do erro e a resposta certa com justificativa. No final do módulo, ela chamava individualmente e tentava entender por que você tinha acertado questões não discutidas e errava questões discutidas. Mas *feedback* individual foi pouco. Quando tinha, era coletivo. Coletivamente, perde o sentido. (GF1)*

Bohnacker-Bruce²⁶ revelou que satisfação e engajamento de estudantes com *feedback* se relacionam diretamente com *feedback* individual, embora uma minoria dos estudantes tenha essa oportunidade. Poulos e Mahony²⁷ também ressaltaram preferência por *feedbacks* específicos para o indivíduo e não gerais para toda a classe.

Outra característica positiva encontrada foi a importância de o *feedback* ser imediato para ser considerado uma forma de ensino efetiva:

*Em cada estação que passávamos tinha *feedback* do professor. Você acabou de passar pela estação, acabou de vivenciar a situação, e o professor, em seguida, te avaliava, falando o que você fez bem ou o que você fez errado. Acho muito positivo porque é uma forma de ensino efetiva. (GF2)*

Em relação ao tempo apropriado para dar *feedback*, Bohnacker-Bruce²⁶ trouxe que estudantes consideram até duas semanas um tempo oportuno de *feedback*; se for mais do que isso, perde-se efetividade para a aprendizagem porque não é possível colocá-lo em prática. Weaver²⁸ mostrou que em mais

de 40% dos cursos de Administração a área mais fraca do *feedback* se correlaciona ao tempo de provisão: o *feedback* é muito tardio para ser útil. Troncon²⁹ descreveu que, se o estudante não receber *feedback* imediatamente, ele terá seus esforços desviados para um novo conteúdo, e o *feedback* será irrelevante para esse novo momento e, provavelmente, não resultará em aprendizado.

Estudantes participantes da amostra relataram que o *feedback* deve apontar como melhorar quando for detectado erro, para contribuir com o aprendizado:

Ele tem que mostrar qual caminho você deve seguir. Não adianta a pessoa só apontar erros e não te mostrar como contornar a situação e crescer. Agora sei o que errei, mas não sei como vou consertar. Como vou melhorar? Gosto daquele professor que aponta seu erro e te mostra no que você pode melhorar e como melhorar. (GF3)

A última característica positiva ressaltada foi a necessidade de nova oportunidade para colocar em prática o *feedback* recebido:

Na OSCE, queríamos ter a oportunidade de fazer novamente para aproveitar esse feedback recebido e fazer melhor da próxima vez. (GF2)

Ramani e Krackov¹ descreveram que o *feedback* deve ser dado ao longo das disciplinas e não apenas ao final, para ter a oportunidade de ser praticado e deve ser acompanhado por justificativas de áreas que precisam ser melhoradas e por um plano de ação para alcançar os objetivos levantados.

Outro estudo sobre características do *feedback* na medicina, na música e no esporte apontou como características positivas: específico, imediato, ter credibilidade, passível de ser colocado em prática e obter melhora da *performance* ao ser praticado¹².

Características negativas do feedback recebido

Apontaram-se quatro características negativas de um *feedback*: utilização de frases críticas sem conteúdo, comentário focado na pessoa e não na tarefa, exposição depreciativa do aluno perante a turma e/ou pacientes e não discussão das avaliações de conhecimento, com apenas entrega de gabarito.

Sobre a utilização de frases críticas sem conteúdo, registraram-se algumas falas:

Na maioria dos feedbacks recebidos, o professor fala seu erro, mas não explica. Não é adequado. (GF1)

“Até hoje você não aprendeu isso?”. Essa expressão surge no ambulatório. (GF3)

Watling *et al.*³⁰ observaram que estudantes de Medicina gostam de *feedbacks* tanto positivos quanto negativos. Nos comentários negativos, ressaltaram a importância de serem acompanhados por um plano de ação para melhoria. Em outra pesquisa de Watling *et al.*¹², participantes da amostra ressaltaram maior frequência de devolutivas vagas e não específicas na medicina do que no esporte ou na música e que, em qualquer contexto de aprendizado, *feedbacks* com tais características são depreciados por eles. Sugeriram que, na medicina, seria interessante estipular tarefas desafiadoras com metas claras e consequentes *feedbacks* alinhados.

Weaver²⁸ demonstrou que estudantes consideram como características não proveitosas do *feedback*: ser geral ou vago, não conter sugestões de melhorias e focar apenas características negativas.

Outra característica negativa do *feedback* evidenciada nesta pesquisa foi focar o comentário no indivíduo e não na tarefa:

Você tirou uma nota ruim. O professor vem achando que sabe tudo, descasca em cima de você, ultrapassa a linha da faculdade e começa a atingir coisas que não dizem respeito a nenhum professor. “Você é um cara desinteressado, não dá valor a pai nem a mãe”. Isso é um feedback muito ruim que não deve ser citado. (GF3)

Nicol e Macfarlane-Dick⁴ ressaltaram que o *feedback* deve focar a tarefa e não o indivíduo, pois fazer comentários sobre características pessoais pode ter efeito negativo na atitude, no desempenho, no relacionamento e no aprendizado.

Reduz-se a efetividade do *feedback* à medida que a atenção se desloca da tarefa para o indivíduo; essencialmente, um *feedback* ameaçador da autoestima raramente resulta em melhoria de desempenho, elucidando a tendência de alguns alunos a descartar o *feedback* que eles percebem como crítica¹².

Exposição depreciativa do aluno perante a turma e/ou pacientes, levando ao constrangimento, foi outra característica negativa ressaltada pelos participantes:

Você está no ambulatório e o professor começa a brigar com você e a falar tudo o que você está fazendo de errado na frente do paciente e dos colegas. Você não sabe onde colocar sua cara. “Como você não sabe isso? Era para estar sabendo. Todo mundo sabe! Chama qualquer pessoa na rua e ela vai saber. Está no livro, você tem que saber”. Até paciente fica com vergonha por você. (GF2)

Segundo Stone³, alguns alunos não valorizam o *feedback* devido a experiências negativas prévias, o que aponta a necessidade de devolutivas dialogadas para a superação de traumas e o engajamento do aluno com o *feedback* recebido, com consequente melhoria do desempenho.

Zeferino et al.³¹ orientaram a necessidade de dar o *feedback* em ambiente reservado, garantindo privacidade, sem exposição e sem constrangimento do indivíduo.

A última característica negativa encontrada foi a não discussão das avaliações de conhecimento, com apenas entrega do gabarito das provas:

Após as provas objetivas, entregam o gabarito sem dar explicação, sem discutir a questão e muitas vezes sem se importar com questões que a maioria errou, saber o porquê e ver o que precisaria melhorar na matéria. (GF2)

Hounsell³² revelou insatisfação de estudantes com a frequência e a qualidade do *feedback* escrito em avaliações de conhecimento.

Burr et al.³³ propuseram facilitar o *feedback* escrito por meio do *blueprint*, ou seja, mapeamento da avaliação somativa de seus objetivos de aprendizagem mais relevantes, possibilitando ao discente reconhecer os objetivos e monitorar a eficácia do seu aprendizado, sendo uma opção para o docente dar devolutivas a um grande número de alunos, economizando tempo.

Fatores facilitadores relacionados à ocorrência do *feedback*

Listaram-se três fatores facilitadores para ocorrência do *feedback*. Observação direta pelo avaliador, geralmente professor, foi um fator relatado:

Quando o professor é mais interessado, ele fica do seu lado vendo você fazer os exames. Ele olha o que você está fazendo errado e ensina de novo. (GF2)

Em Watling et al.³⁰, estudantes de Medicina identificaram como forte preditor de credibilidade do *feedback* a observação direta de seus desempenhos em tarefas específicas. Entretanto, frequentemente relataram receber *feedback* de seus desempenhos sem ser observados diretamente. Este achado também vai ao encontro de Mazor et al.³⁴ e Bok et al.³⁵, em que discentes associam a observação do seu desempenho como fonte de informação para o observador dar devolutivas, relacionando diretamente a quantidade de atividades sob observação com a frequência do *feedback*.

Pelgrim et al.³⁶ reportaram que, quando a observação direta e o *feedback* são planejados entre residentes médicos e seus

preceptores, há maior probabilidade de ocorrerem. Associaram também *feedback* precedido pela observação direta com maior clareza dos objetivos do treinamento em serviço.

A existência de um padrão esperado para a tarefa em uma planilha, ou *checklist*, para objetivar a observação foi outro fator positivo considerado para a ocorrência do *feedback*:

Nas avaliações formativas sempre tem planilha. Professor tem planilha na atividade prática e avalia: se você chegou na hora, se está com vestimenta adequada, se o procedimento realizado estava certo. Uma boa avaliação formativa que tivemos no semestre passado foi na cirurgia. Quando adentrávamos nas cirurgias, professores anotavam o que fazíamos de errado e depois nos passavam. Podíamos também olhar na ficha. Era muito bom. (GF1)

Zeferino et al.³⁷ ressaltaram a importância do uso de instrumento estruturado, do tipo *checklist*, para avaliação durante a observação de uma tarefa por auxiliar o professor a focar sua atenção, aumentando a acurácia na detecção de falhas. Além de servirem como instrumento de avaliação, essas listas são úteis como ferramenta de aprendizagem, oferecendo elementos objetivos para dar *feedback* aos alunos.

Isto corrobora o achado de Watling et al.¹² de que a devolutiva ocorre naturalmente quando objetivos de aprendizagem são previamente definidos. Foi encontrado também que a definição de metas, embora seja implícita na cultura do esporte e da música, deixa a desejar na medicina.

O último fator facilitador para a ocorrência do *feedback* foi a demonstração pelo professor de como realizar a tarefa:

A professora disse: "Você não está conseguindo auscultar porque é nessa posição. Você vai colocar o paciente neste decúbito e vai facilitar bastante. Pega aqui o estetoscópio, auscultou?". Escutei. Mostrou o jeito correto e nunca mais vou esquecer como auscultar um paciente. (GF3)

Gibbs e Simpson³⁸ informaram que, além de estratégias como textos escritos e explicações verbais, a técnica de modelagem, em que o discente observa o docente a desempenhar determinada tarefa, pode ser utilizada para exemplificar a *performance* pretendida, facilitando a comparação pelo aluno.

Fatores dificultadores relacionados à ocorrência do *feedback*

Relacionaram-se três fatores como dificultadores para a ocorrência do *feedback*.

Citou-se o pouco tempo disponível para a realização do *feedback* devido a: rodízios rápidos, falta de tempo reservado para este propósito e priorização da assistência em relação ao ensino:

Ele convive muito pouco tempo às vezes dentro do próprio rodízio. Em seis semanas, é muita gente passando. Tem professor que não tem nem interesse de saber seu nome para te avaliar. Fica impossível. (GF3)

O professor tem que ter espaço para tirar dúvidas e gerar discussão em grupo. Acho isso importante. A gente pega aulas seguidas. Ultimamente nem almoçamos direito. Acaba que não tem tempo. (GF3)

Tocar serviço. Atendemos um monte de pacientes e não dá tempo de discutir bem os casos. Se tiver menos pacientes para atendermos, melhor será o aproveitamento da turma. (GF3)

Confirma-se o descrito por Watling *et al.*¹², em que a quantidade de tempo limitada dificulta o desenvolvimento de uma relação sólida entre aluno e professor, reduzindo a oportunidade de *feedback*.

A existência de turmas grandes foi uma barreira citada para a provisão de *feedback*.

Uma coisa que prejudica é um grupo extenso. Acho que grupos menores facilitariam o feedback. (GF2)

No rodízio prático, é muita gente passando para pouco tempo disponível. Fica difícil dar feedback. (GF3)

Paradoxalmente, embora se conheçam amplos benefícios pedagógicos da avaliação formativa, a provisão de *feedback* tem declinado no ensino superior, segundo Hounsell³². Ele correlacionou este fato com a existência de turmas cada vez maiores e com a educação dividida em módulos ou semestres, levando à compressão dos currículos com avaliações ao final das disciplinas. Falchikov³⁹ também referiu a dicotomia vivenciada por professores: desejo de prover *feedback* em tempo hábil e tempo reduzido para o mesmo, devido ao grande número de alunos e à sobrecarga de trabalho.

Bates *et al.*⁴⁰ reafirmaram a dificuldade de desenvolver a cultura do *feedback* no ambiente de ensino médico devido à falta de continuidade do estudante em determinado ambiente de aprendizado pela característica de rotação entre disciplinas. Watling *et al.*³⁰ retrataram essa dificuldade vinculada aos dois papéis exercidos pelo professor médico: docência e assistência.

Algumas características relacionadas à avaliação – como qualidade ruim e a não devolução das avaliações aos alunos

– tornaram-se empecilhos no dia a dia para a ocorrência do *feedback*, na percepção dos discentes participantes:

Dar feedback de prova mal elaborada é muito difícil. Prova de ontem, eu nem me importo se não tiver feedback. Não vai fazer diferença. (GF2)

Além de não receber a prova, você não sabe o que errou, se realmente errou e por que errou. (GF1)

Weaver²⁸ relatou insatisfação de estudantes com a falta de correlação do *feedback* com critérios de avaliação e o desconhecimento destes critérios pelos alunos. Isto também foi relatado na pesquisa de Bohnacker-Bruce²⁶ por 40% dos estudantes que participaram da investigação.

Características positivas do docente para dar *feedback*

A maioria dos professores é formada por médicos sem capacitação em docência universitária e espera que suas experiências clínicas consigam ajudar na formação do estudante⁴¹. Como os professores ocupam papel significativo no processo de ensino-aprendizagem, é pertinente identificar os fatores que se correlacionam com a prática docente efetiva.

Segundo Kikukawa *et al.*⁴², muitos estudos qualitativos e quantitativos tratam das características de um bom professor. Um dos temas mais identificados é a capacidade de prover apoio educacional, dar ao aluno a oportunidade de pensar e prover informação sobre áreas que necessitam de melhorias; logo, tais características se resumem à capacidade do docente em dar *feedback* efetivo.

No contexto das falas dos participantes desta pesquisa, pode-se dividir esta subcategoria em três: relação de proximidade aluno e professor, características pessoais do docente e em relação à docência.

No item sobre relação aluno e professor, características positivas para o docente dar o *feedback* foram: ser disponível, demonstrar interesse pelo desempenho do aluno e aceitar o *feedback* do discente.

A qualidade que o professor tem que ter é disposição para ser acessível tanto às dúvidas quanto aos erros do aluno. A partir do momento em que o aluno errou, ele também é responsável pela formação, então ele tem que estar disposto a ajudar a corrigir aquilo para não se errar novamente. (GF2)

O professor que quer ver você crescer sabe quem é você, te dá abertura para tirar suas dúvidas, corre atrás e te indica aonde você deve ir e, se você quer chegar a tal lugar, ele te mostra como. (GF3)

O professor deve valorizar o feedback que o aluno dá para ele. Muitas vezes, o aluno fala de determinada dificuldade da disciplina, acredito que o professor deveria valorizar. (GF1)

Em Bok *et al.*⁴³ e em Menachery *et al.*⁴⁴, discentes indicaram as características dos docentes para prover *feedback*: ter boa comunicação, desejar prover *feedback*, ser acessível aos alunos, observar diretamente o aluno em desempenho de tarefas designadas, detectar e discutir questões emocionais do aluno, ter competência para lidar com conflitos, revisar anualmente os objetivos de aprendizado, desenvolver ensino centrado no aluno e pedir *feedback* do próprio desempenho aos alunos para melhoria de estratégias de ensino.

Bok *et al.*³⁵ e Ramani¹¹ descreveram que o estabelecimento de uma relação de confiança entre aluno e professor em estágio clínico longitudinal é fator importante para criar um ambiente de aprendizagem propício ao *feedback* efetivo de intercâmbio bilateral.

Como características pessoais do docente foram citadas: paciência, segurança e conhecimento.

Paciência. Tem que ter paciência para ensinar porque estamos em fase de formação. (GF3)

Não dá para confiar no feedback de professor com dúvida. Se ele não fala com segurança, parece não ter domínio. (GF1)

Conhecimento do assunto é fundamental. Ele tem que ter interesse de ir atrás do que ele vai passar para a gente. Principalmente no começo, tivemos muitos tutores que não tinham a mínima ideia do que o aluno lia num pedaço de livro e diziam que estava certo. (GF1)

Em relação à docência, foram citados professores que gostam de ensinar e são capacitados para isso.

Querer ensinar e querer ser professor. Às vezes ele se esforça para que você aprenda. Tem a parte do aluno, mas se o professor tem vontade mesmo de ensinar, isso ajuda muito na convivência e no feedback. (GF3)

Ser didático. Ainda bem que agora eles estão preocupados com essa questão pedagógica do professor. Tem que ter metodologia, saber passar, saber dar feedback. Não é pontuar por pontuar. Tem que ter intenção de fazer. (GF2)

Um estudo que analisou opiniões de estudantes sobre características de professores que deveriam ser indicados a premiação encontrou qualidades como entusiasmo e paixão pelo ensino, bondade, equidade, compaixão, altruísmo, capacidade

de guiar alunos apoiando-os na aprendizagem, compromisso, equilíbrio pessoal/profissional e capacidade de ser modelo⁴⁵.

Uma pesquisa brasileira investigou concepções de professores de Medicina de uma instituição federal sobre as características de um bom professor. Destacaram-se as competências científica, pedagógica e relacional/afetiva, notando-se que docentes de Medicina já incorporaram a noção de que para ser um bom professor não basta apenas conhecer o conteúdo da disciplina sob sua responsabilidade⁴⁶.

Características negativas do docente para dar feedback

Três foram as características negativas do docente para dar *feedback*. Uma delas foi a demonstração de relação de superioridade pelo professor, ratificando o achado prévio de que os discentes preferem docentes que estabelecem um relacionamento de proximidade:

Demonstrar superioridade do professor sobre o aluno é algo que acho muito errado. Olhar assim: quem é você? (GF2)

Watling *et al.*¹² apontaram que a falta de relacionamento sólido entre aluno e professor na Medicina colabora para o não aproveitamento do *feedback*. Os preceptores eram percebidos como distantes, sendo que os participantes atribuíram esta diferença não às pessoas envolvidas, mas, sim, à prática pedagógica da Medicina de exigir mudanças frequentes de local de aprendizagem e preceptor.

A priorização do serviço e não do ensino foi uma característica negativa ressaltada.

Existia uma divisão clara entre professores: os que querem ensinar e os que querem tocar serviço. Geralmente é isso: tocar serviço, você atende um e outro, e dali a meia hora acaba e vai embora. (GF3)

Estudantes de Medicina envolvidos na pesquisa de Watling *et al.*³⁰ reconheceram o duplo papel exercido por seus supervisores: docente e médico. Entretanto, referiram que, quando há prioridade à assistência em detrimento do ensino, há uma redução da frequência e da qualidade do *feedback*. Relataram inclusive que sentiam que a presença dos estudantes incomodava o supervisor.

A falta de capacitação docente é considerada também uma característica negativa do docente para *feedback*:

Professores que são médicos do hospital que frequentamos não têm esse hábito de feedback. Primeiro porque eles não têm formação para isso e segundo porque eles não têm essa informação do que pode ser feito ou não. (GF3)

Reafirma-se a importância que alunos dão à capacitação docente, ressaltando que os professores devem ser estimulados a praticar *feedback* como estratégia regular de ensino-aprendizagem. Para essa mudança ocorrer, entretanto, é preciso disponibilizar aos professores um conjunto de práticas e informações, nos programas de desenvolvimento docente, que aprimorem sua habilidade de fornecer *feedback* e de utilizá-lo como estratégia de ensino¹.

Características do discente para receber *feedback*

O *feedback* é inevitavelmente interpretado pela lente da auto-percepção. É importante compreender como o discente requer, interpreta, aceita e usa o *feedback* ou não e fatores relacionados a esta interpretação⁴⁷.

Para o graduando receber *feedback*, foram apontadas três características como próprias do aluno. Uma delas foi ser interessado e buscar esse *feedback*:

Interesse é a palavra. Aluno interessado dá jeito: vai atrás, fica sabendo o que está acontecendo, o que aconteceu com ele, se está tudo bem ou se precisa melhorar. Quando se instiga o professor, querendo ou não, ele vai ter que dar esse feedback, não vai deixar o aluno a ver navios. (GF3)

Outra característica foi ser humilde e se mostrar receptivo às críticas:

Humildade: você ter interesse em ouvir, ter disposição de talvez mudar sua atitude, mudar o que você fez de errado para tentar melhorar; é uma característica importante por parte do aluno. (GF2)

E a última foi ser reflexivo e saber filtrar o *feedback* recebido e ir atrás de outras fontes:

O aluno deve ser crítico, saber escutar várias opiniões e ter vários pontos de vista do mesmo assunto para formular seu próprio. Tem que buscar várias fontes de conhecimento, não só aquela que o professor indica. A fonte do professor é de extrema importância, mas tem outras. Não adianta você receber opinião de alguém e ter aquilo como sendo sua opinião. A opinião de outra pessoa vale para se ter uma noção do assunto, mas, para formar sua opinião, você tem que correr atrás. (GF3)

Segundo Sargeant et al.⁴⁸, a principal qualidade para o aluno receber *feedback* é a capacidade de reflexão: a autoavaliação e a autopercepção de seu desempenho desenvolvem o *feedback* interno, que facilita a aceitação do *feedback* externo.

Já em Watling et al.³⁰, um grupo de residentes médicos reconheceu a importância de seu papel em buscar de forma ativa o *feedback*. Alunos de pedagogia e música que participaram da pesquisa afirmaram não necessitar assumir esse papel porque o *feedback* sempre ocorre, não sendo necessário solicitá-lo.

Outro estudo identificou o impacto emocional do *feedback* como um problema para o receptor, principalmente quando negativo, crítico ou corretivo. A amostra reconheceu o desafio envolvido em distinguir a crítica de seu desempenho da crítica de si mesmo como indivíduo para facilitar a absorção do *feedback*. Ressaltou-se a importância de o aluno conhecer os objetivos de aprendizagem e vivenciar um ambiente de aprendizado inserido na cultura do *feedback* para facilitar essa distinção e aplicação do *feedback*¹².

Esta pesquisa apresentou como limitação um viés de seleção, uma vez que trabalhou com uma amostra aleatória extraída de um grupo específico de estudantes de Medicina, expondo o ponto de vista apenas desta amostra sobre *feedback* educacional, podendo conter em seu discurso elementos menos representativos de seu grupo social como um todo, ou seja, a percepção dos outros discentes pode ter elementos diferentes. Apesar disso e mesmo sendo diferente o número de participantes de cada grupo focal, as falas registradas revelaram uma opinião homogênea sobre o assunto e houve saturação dos dados coletados, cumprindo-se o verdadeiro interesse deste estudo, que está na profundidade e na riqueza da informação colhida. Não se está sugerindo que os resultados sejam verdadeiros em outros contextos, uma vez que a representatividade está ligada a contextos específicos e não à representação de uma população¹⁸.

Pelo fato de a pesquisa se basear em discursos, o próprio ambiente de aprendizagem deve ser inserido em futuras pesquisas. Também são necessários estudos que revelem a percepção de docentes e de gestores educacionais sobre este tema.

CONCLUSÃO

Este estudo sobre a prática do *feedback*, realizado em três instituições do Estado de Goiás, incluindo estabelecimentos privados e público com modelos curriculares distintos, demonstrou como essa prática ocorre na percepção de estudantes de Medicina participantes da amostra. Graças à análise dos discursos desses discentes, pôde-se compreender que, ao mesmo tempo em que é considerada importante, a prática do *feedback* ainda está aquém do desejado, necessitando de melhorias.

Conhecer as características positivas do *feedback* descritas pelos estudantes, os fatores que facilitam a sua ocorrência, bem como as características dos docentes e discentes relatadas

para a realização do *feedback* é importante para o planejamento de ações institucionais. Sugere-se capacitar os professores para ministrar um *feedback* de qualidade e estimular os graduandos a assumir o papel de protagonistas de seu aprendizado.

Neste contexto, emerge o importante papel das instituições de ensino, que devem desenvolver, formalizar e monitorar o processo de *feedback*, tornando-o parte da cultura institucional.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à professora Nilce Maria da Silva Campos Costa pela revisão do artigo quanto à metodologia qualitativa utilizada.

REFERÊNCIAS

- Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Medical Teacher*. 2012; 34(10):787-91.
- Hattie J, Timperley H. The power of feedback. *Review of Educational Research*. 2007; 77(1): -81-112.
- Stone A. Online assessment: what influences students to engage with feedback? *The Clinical Teacher*. 2014;11(4):284-89.
- Nicol D, Macfarlane-Dick D. Rethinking formative assessment in he: a theoretical model and seven principles of good feedback practice. *The Higher Education Academy*. 2004. Disponível em: <http://www.heacademy.ac.uk/assessment/ASS051D_SENLEF_model.doc>. Acesso em 20 nov. 2012.
- Murdoch-Eaton D. Feedback: the complexity of self-perception and the transition from 'transmit' to 'received and understood'. *Medical Education*. 2012; 46(6):538-40.
- Archer JC. State of science in health professional education: effective feedback. *Medical Education*. 2010;44 (1):101-8.
- Iskander M. Offering effective feedback to trainees. *Medical Teacher*. 2015;37 (1): 92-93.
- Brown S. Assessment for learning. *Learning and Teaching in Higher Education*. 2004; 1: 3 – 31.
- Pricinote SCMN, Pereira ERS. Feedback efetivo na avaliação formative em saúde. In: Costa NMSC, Pereira ERS (Org). *Ensino na saúde: transformando práticas profissionais*. Goiânia: Gráfica UFG; 2015. p. 35-56.
- Norcini J. The power of feedback. *Medical Education*. 2010; 44(1):16-17.
- Ramani S. Reflections on feedback: closing the loop. *Medical Teacher*. 2016; 38(2):206-07.
- Watling C, Driessen E, van der Vleuten CPM, Lingard L. Learning culture and feedback: an international study of medical athletes and musicians. *Medical Education*. 2014; 48(7):713-23.
- Gray DE. *Pesquisa no mundo real*. Tradução de Roberto Catalgo Costa. 2.ed. Porto Alegre: Penso; 2012.
- Iervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2001; 35(2):115- 21.
- Nassif ACN. *Escolas por estados*. *Escolas Médicas do Brasil*. 2010. Disponível em: <<http://www.escolasmedicas.com.br/estado.php>>. Acesso em 28 fev. 2014.
- Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Medicina. Projeto político pedagógico. Goiânia: UFG; 2003. Disponível em: <http://www.medicina.ufg.br/uploads/148/original_projetopedagogico.pdf>. Acesso em 22 dez. 13.
- Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n° 4, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: CNE/CES, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.
- Stalmeijer RE, Mcnaughton N, Van Mook WN. Using focus groups in medical education research: AMEE guide n. 91. *Medical Teacher*. 2014;36(11):923-39
- Microsoft. Office excel for windows 7. Version 2007. [S.l.]: Microsoft Corporation, 2007.
- Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 13., 2002, Ouro Preto. *Anais eletrônicos...* Belo Horizonte: UFMG, 2002. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.
- Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2008; 17(4):779-786.
- Mínayo MCS, Gomes SFD. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Atlas.ti. *Scientific Software: qualitative data analysis*. Version 7.0.77. Berlin: Development GmbH, 2012.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CNS, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 20 fev. 2013.
- Bohnacker-Bruce S. Effective feedback: the student perspective. *Capture*. 2013;4(1): 25-36.

27. Poulos A, Mahony MJ. Effectiveness of feedback: the students' perspective. *Assessment and Evaluation in Higher Education*. 2008; 33(2):143-54.
28. Weaver MR. Do students value feedback? student perceptions of tutors' written responses. *Assessment and Evaluation in Higher Education*. 2006; 31(3):379-94.
29. Troncon LEA. Avaliação do estudante de medicina. *Medicina*. 1996;29(4):429-39.
30. Watling C, Driessen E, van der Vleuten CPM, Vanstone M, Lingard L. Beyond individualism: professional culture and its influence on feedback. *Medical Education*. 2013;47(6):585-94.
31. Zeferino AMB, Domingues RCL, Amaral E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2007; 31(2):176-9.
32. Hounsell D. Student feedback, learning and development. In: Slowey M, Watson D (Eds.) *Higher education and the lifecourse*. Buckingham: Society for Research into Higher Education & Open University Press; 2003. p. 67-78.
33. Burr SA, Brodier E, Wilkinson S. Delivery and use of individualized feedback in large class medical teaching. *BMC Medical Education*. 2013; 13: 63. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/63>>. Acesso em 30 nov. 2013.
34. Mazor KM, Holtman MC, Shchukin Y, Mee J, Katsufakis PJ. The relationship between direct observation, knowledge, and feedback: results of a national survey. *Academic Medicine*. 2011; 86 (10 supl):63- 68.
35. Bok H, Jaarsma D, Spruijt A, van Beukelen P, van der Vleuten C, Teunissen P. Feedback – giving behavior in performance evaluations during clinical clerkships. *Medical Teacher*. 2016;38(1):88- 95.
36. Pelgrim EAM, Kramer AWM, Mokkink HGA, van der Vleuten CPM. The process of feedback in workplace-based assessment: organisation, delivery, continuity. *Medical Education*. 2012; 46(6):604-12.
37. Zeferino AMB, Domingues RCL, Amaral E. Avaliando Competência Clínica: o método de avaliação estruturada observacional. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2007;31(3):287-90.
38. Gibbs G, Simpson C. Conditions under which assessment supports students' learning. *Learning and Teaching in Higher Education*. 2004;1:3-31.
39. Falchikov N. Improving feedback to and from students. In: Knight P (Ed.) *Assessment for learning in higher education*. London: Kogan Page, 1995. p. 157-66.
40. Bates J, Konkin J, Suddards C, Dobson S, Pratt D. Student perceptions of assessment and feedback in longitudinal integrated clerkships. *Medical Education*. 2013; 47(4):362-74.
41. Singh S, Pai DR, Sinha NK, Kaur A, Soe HHK, Barua A. Qualities of an effective teacher: what do medical teachers think? *BMC Medical Education*. 2013;13:128. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/128>>. Acesso em 30 dez. 2013.
42. Kikukawa M, Nabeta H, Ono M, Emura S, Odas Y, Koizumi S et al. The characteristics of a good clinical teacher as perceived by resident physicians in Japan: a qualitative study. *BMC Medical Education*. 2013; 13: 100. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/100>>. Acesso em 30 dez. 2013
43. Bok HGJ, Teunissen PW, Spruijt A, Kokkema JPI, van Beukelen P, Jaarsma DADC, et al. Clarifying student's feedback-seeking behavior in clinical clerkships. *Medical Education*. 2013;47(3): 282-91.
44. Menachery EP, Knight AM, Kolodner K, Wright SM. Physician characteristics associated with proficiency in feedback skills. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21(5):440-46.
45. Cho CS, Ramanan RA, Feldman MD. Defining the ideal qualities of mentorship: a qualitative analysis of the characteristics of outstanding mentors. *The American Journal of Medicine*. 2011;124(5):453-8.
46. Costa NMSC, Cardoso CGLV, Costa DC. Concepções sobre o bom professor de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012;36(4):499-505.
47. Eva KW, Armson H, Holmboe E, Lockeyer J, Loney E, Mann K. et al. Factors influencing responsiveness to feedback: on the interplay between fear, confidence, and reasoning. *Advances in Health Sciences Education: theory and practice*. 2012; 17(1):15-26.
48. Sargeant J, Mann K, van der Vleuten C, Metsemakers J. "Directed" self-assessment: practice and feedback within a social context. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2008; 28(1):47-54.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote participou de todas as etapas da pesquisa e da redação do artigo. Edna Regina Silva Pereira participou da revisão bibliográfica, da análise e interpretação dos dados e da redação do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote: não tem, apenas é docente da UniEvagélica e da Universidade Federal de Goiás. Edna Regina Silva Pereira: não tem, apenas é docente da Universidade Federal de Goiás.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote
Rua 01 – Qd. 40 – Lt. 37/43 – apto. 202 – Bl. Alcazar – Ed.
Euroville 2
Chácaras Alto da Glória – Goiânia
CEP 74815-610 – GO
E-mail: dra.silvia.pricinote@gmail.com

Atendimento à Lei Arouca no Ensino de Farmacologia no Curso de Medicina, UFC, Sobral

Compliance with Arouca's Law in Teaching Pharmacology at the UFC Medical School, Sobral

Thiago de Vasconcelos Saraiva¹
Marcondes Pimentel Cruz¹
Jamille Fernandes Carneiro¹
Wanderson Clemente Barros da Silva¹
Francisco Gerardo Medeiros Neto¹
Ângela Magalhães Vieira¹
Danielle Rocha do Val^{II}

Isaura Nelsivania Sombra Oliveira^{III}
Marcelo Marques Simões de Souza¹
Helliada Vasconcelos Chaves¹
Gerardo Cristino Filho¹
Vicente de Paulo Teixeira Pinto¹
Mirna Marques Bezerra¹

PALAVRAS-CHAVE

- Alternativas ao Uso de Animais;
- Bioética;
- Ensino;
- Farmacologia;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Alternatives to the Use of Animals;
- Bioethics;
- Education;
- Pharmacology;
- Medical Education.

RESUMO

De acordo com a Lei Arouca (Lei n° 11.794 – 2008), que estabelece critérios para “a criação e a utilização de animais em atividades de ensino e pesquisa científica, em todo o território nacional”, tem-se que, “sempre que possível, as práticas de ensino deverão ser fotografadas, filmadas ou gravadas, de forma a permitir sua reprodução para ilustração de práticas futuras, evitando-se a repetição desnecessária de procedimentos didáticos com animais”. O objetivo deste estudo foi relatar o desenvolvimento de um software (Pharmasoftware®) como método alternativo de ensino em Farmacologia no curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), Campus Sobral. Para a certificação, foram utilizados dois grupos de alunos, um em aula prática convencional e outro com o Pharmasoftware®. A análise dos resultados revelou que ambas as atividades foram igualmente eficazes em auxiliar na consolidação do tema Vias de Administração dos Fármacos, evidenciando, assim, o Pharmasoftware® como uma ferramenta capaz de auxiliar no ensino da Farmacologia e, ainda, de fomentar a implantação de outros métodos alternativos de ensino de Farmacologia nas Instituições de Ensino Superior.

ABSTRACT

The Brazilian Law on scientific and teaching use of animals, Arouca's Law (n° 11.794 – 2008), clearly states that animals should not be used if an alternative method is available. The aim of this study was to describe the development of a software (Pharmasoftware®) as an alternative method of teaching in pharmacology at a Medical School (Federal University of Ceara, Campus Sobral). To support the development and validation of the Pharmasoftware® as an alternative method, students were allocated into two groups: one attending a conventional practical class and the other employing Pharmasoftware®. The results showed that two activities were equally effective in improving the students' knowledge of drug administration. Pharmasoftware® may therefore represent a tool capable of supporting pharmacology teaching and it also fostering the establishment of alternative methods for teaching Pharmacology in the undergraduate courses.

Recebido em: 17/06/2015

Aprovado em: 12/01/2016

¹ Universidade Federal do Ceará, Sobral, CE, Brasil.

^{II} Rede Nordeste de Biotecnologia, Fortaleza, CE, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

O uso de animais em atividades de ensino e de pesquisa data de muitos séculos, uma vez que há registros de que Hipócrates (450 a.C.) já utilizava animais com fins didáticos. Além disso, a utilização de animais para fins didáticos é empregada em instituições de ensino superior até hoje¹. Indubitavelmente, aulas práticas de vivissecção são importantes no processo de ensino-aprendizagem do ciclo básico dos cursos de ciências da saúde, uma vez que permitem maior apoderamento do corpo discente em relação ao conteúdo trabalhado.

Embora a Constituição Federal de 1988 abordasse a temática sobre cuidados com animais de forma muito generalista, não havia em território nacional nenhum amparo legal para o uso de animais no ensino e na pesquisa². Entretanto, após 13 anos de tramitação na Câmara Federal e no Senado, em 8 de outubro de 2008, foi sancionada a Lei nº 11.794, de autoria do deputado Sérgio Arouca, que ficou conhecida como Lei Arouca, que estabelece critérios para “a criação e a utilização de animais em atividades de ensino e pesquisa científica, em todo o território nacional”¹. Especificamente no ensino da Farmacologia, as atividades práticas tiveram que se adequar à nova legislação. De fato, em seu artigo 14, parágrafo 3º, diz o texto legislativo que “sempre que possível, as práticas de ensino deverão ser fotografadas, filmadas ou gravadas, de forma a permitir sua reprodução para ilustração de práticas futuras, evitando-se a repetição desnecessária de procedimentos didáticos com animais”³.

Portanto, com esse importante marco regulatório surgiu a necessidade de investir em métodos alternativos. Destarte, na vanguarda da aplicação de métodos alternativos no ensino-aprendizagem de Farmacologia, foi desenvolvido o *Pharmasoftware*[®], por meio de uma parceria entre os cursos de graduação em Medicina e das Engenharias da Computação e Elétrica da Universidade Federal do Ceará (UFC), *Campus* de Sobral. O *Pharmasoftware*[®] – registrado junto ao INPI sob o nº provisório 013110000451 – consiste em um programa de computador desenvolvido para demonstração aos alunos do curso de graduação em Medicina da aula prática de Vias de Administração, em substituição à atividade prática convencional realizada em laboratório, onde seria necessário o emprego de ratos e, em consequência, o seu sacrifício ao final da atividade.

O objetivo deste estudo foi relatar o desenvolvimento de um *software* como método alternativo de ensino de Farmacologia em atendimento à Lei Arouca. Ainda, na perspectiva de se obter certificação e validação do *Pharmasoftware*[®], avaliou-se, junto ao corpo discente do curso de Medicina da UFC, *Campus* de Sobral, a eficácia desse *software* como método alternativo em relação à atividade prática convencional realizada em laboratório.

MÉTODOS

Animais

Foram usadas seis ratas (*Rattus norvegicus*), variedade *Wistar* (300-320 g), provenientes do Biotério Central da Universidade Federal do Ceará e do biotério local da Faculdade de Medicina de Sobral, UFC, *Campus* Sobral. Os animais ficaram alojados (temperatura 22 ± 2°C, obedecendo a ciclos de claro-escuro de 12 h) no Biotério Setorial da UFC, *Campus* Sobral, até o momento de início dos experimentos e receberam água e alimentação *ad libitum*.

Com relação aos aspectos éticos, o protocolo experimental foi elaborado de acordo com as “Diretrizes Brasileiras para o Cuidado e a Utilização de Animais para Fins Científicos e Didáticos – DBCA”, da Sociedade Brasileira de Ciência em Animais de Laboratório (SBCAL), e submetido à Comissão de Ética em Pesquisa Animal (Cepa), da Universidade Federal do Ceará, *Campus* de Fortaleza. Todos os esforços foram feitos para minimizar o número e o sofrimento dos animais utilizados.

Protocolo experimental

Para demonstrarmos as diferentes vias de administração (oral, subcutânea, intramuscular, intravenosa e inalatória), os animais foram tratados com uma injeção de hidrato de cloral (10%), agente ansiolítico e hipnótico que deprime o sistema nervoso central de maneira não seletiva (Quadro 1). Ainda, para demonstração da via intravenosa, um animal recebeu azul de Evans (2%), corante com grande afinidade pela albumina plasmática.

QUADRO 1

Desenho experimental da aula prática de Farmacologia para demonstração das diferentes vias de administração

Animal 1	Tratado com hidrato de cloral (10%) (<i>per os</i>) e sem ligadura no piloro
Animal 2	Tratado com hidrato de cloral (10%) (<i>per os</i>) e com piloro ligado
Animal 3	Tratado com hidrato de cloral (10%) (SC)
Animal 4	Tratado com hidrato de cloral (10%) (IM)
Animal 5	Recebeu azul de Evans (0,5 ml de uma solução a 2%) (EV)
Animal 6	Tratado com algodão embebido em éter pela via respiratória

Além disso, para demonstrarmos a importância da grande área do intestino na absorção dos fármacos em relação à área do estômago, um dos animais foi submetido à ligadura

do piloro antes da administração oral de hidrato de cloral (10%). Resumidamente, após anestesia do animal com hidrato de cloral (i.p.) (0,1 ml para cada 30 g de peso do animal), foi realizada uma incisão de 2 cm logo abaixo do esterno. Após a identificação das estruturas, procedeu-se à ligadura do piloro em um animal. Outro animal foi submetido à mesma manipulação cirúrgica, mas não foi realizada a ligadura do piloro. É importante enfatizar que esses dois animais foram encaminhados para a atividade prática somente após 24 h do procedimento cirúrgico (Quadro 1).

Registro das imagens

Para registro dos vídeos, os animais foram colocados numa caixa de vidro (40 x 40 x 30 cm). Em seguida, foi usada uma câmera com qualidade *Full-HD*, apoiada num tripé, para assegurar que não houvesse nenhuma movimentação da câmera. Lâmpadas fluorescentes inclinadas a 45° graus da bancada, separadas à distância de um metro uma da outra, foram posicionadas para assegurar a ausência de sombras nas imagens capturadas. Para inserir os vídeos elaborados no laboratório, foi usada uma API do Java, a JMF, que dá suporte a multimídia em Java.

Desenvolvimento do software

O Pharmasoftware® utilizou Java como linguagem de programação. Por ser uma linguagem multiplataforma, o usuário tem a liberdade de utilizar o Pharmasoftware® em seu sistema operacional favorito, bastando que a máquina virtual Java esteja instalada no sistema.

Validação e certificação do software

Após o seu desenvolvimento, para sua validação e certificação, o Pharmasoftware® foi apresentado ao corpo discente dos cursos de graduação em Medicina. Para isto, conduziu-se um ensaio de equivalência com uma amostra de 30 alunos do curso de Medicina, UFC, *Campus Sobral*, matriculados no Módulo de Princípios de Farmacologia no semestre 2011.1. Os alunos foram divididos, aleatoriamente, em duas turmas (A e B) de 15 alunos cada. Dois alunos foram excluídos do estudo por **não estarem presentes no momento das atividades. Enquanto a turma A participou de uma aula prática convencional em laboratório, onde foram demonstradas as diferentes vias de administração dos fármacos conforme descrito nos métodos, para a turma B a atividade foi apresentada** por meio do Pharmasoftware®. É importante enfatizar que em ambas as aulas os objetivos e o conteúdo foram iguais, com diferença apenas no método de demonstração. No início de cada aula prática, aplicou-se um questionário semiestruturado, elabora-

do pelo professor e pelos monitores (pré-teste), composto por seis questões, que avaliavam conhecimentos e habilidades dos alunos de acordo com os objetivos de aprendizagem da prática. No final de cada aula, aplicou-se, novamente, questionário idêntico (pós-teste). Em atenção à Resolução 196/96 (Ministério da Saúde, Brasil), os questionários só foram aplicados aos alunos que deram sua anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁴.

Os testes foram corrigidos de acordo com critérios pre-estabelecidos de pontuação para cada questão. Avaliaram-se, então, as notas obtidas no pré-teste, pós-teste e sua variação (nota do pós-teste – nota do pré-teste). Os resultados foram expressos como média ± erro padrão da média (EPM), usando-se o teste T de Student. Em todas as análises estatísticas foi considerado o nível crítico para rejeição da hipótese de nulidade menos que 5% ($p < 0,05$). Os dados foram analisados usando-se o *software Graph Pad Prism* (versão 5.0).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

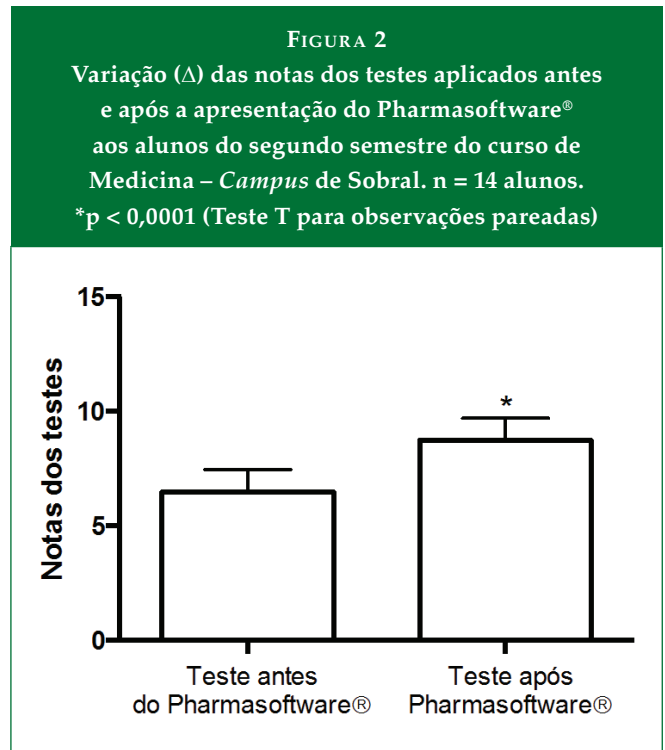
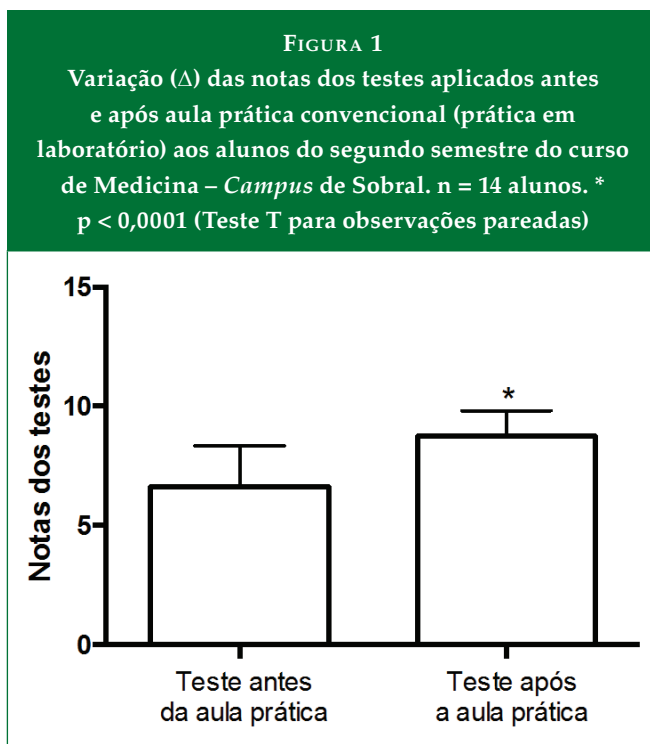
Neste estudo, foi relatado o desenvolvimento e a validação de um *software* (Pharmasoftware®) como método alternativo de ensino de Farmacologia em atendimento à Lei Arouca.

O Módulo de Princípios de Farmacologia, no segundo semestre do curso de Medicina, previa uma aula prática sobre vias de administração dos fármacos e locais de absorção. Na realização dessa atividade prática, eram utilizadas seis ratas. Entretanto, para facilitar a compreensão dos alunos, estes eram divididos em dois grupos (A e B), de modo que, em cada semestre, era necessário o sacrifício de 12 ratas para a demonstração de um conceito de domínio público já largamente demonstrado na literatura. Essa situação tornou-se ainda mais contundente em 2009, quando, em atenção ao Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), foi previsto o aumento do número de vagas de 40 para 80 vagas anuais, de modo que a entrada no curso de Medicina, UFC, *Campus* de Sobral passou a ser semestral. Ou seja, a partir de então, essa aula prática deveria ocorrer duas vezes por ano. Desta forma, seria necessário o sacrifício de 24 ratas por ano para a realização da atividade prática.

Entretanto, considerando o princípio dos três “Rs” (*replace, reduce, refine*), publicado por William M. S. Russell e Rex L. Burch (1959) e que propôs como metas para assegurar o bem-estar animal a “substituição” do animal, a “redução” do número de animais e o “refinamento”, e a necessidade de adequação das aulas práticas nas Instituições de Ensino Superior com a aprovação da Lei Arouca, não seria ético, nem legal, nem tampouco pedagógico manter a realização da atividade prática para os discentes do curso de Medicina.

Nesse cenário, e provocados pelo corpo discente do curso de Medicina, buscou-se, com o apoio do Programa de Monitoria de Projetos da UFC, uma parceria com os cursos de Engenharia Elétrica e da Computação da UFC, *Campus* de Sobral, para desenvolver um método alternativo de ensino que apresentasse o conteúdo de vias de administração dos fármacos. Graças a esse somatório de esforços, foi desenvolvido o Pharmasoftware®.

Após seu desenvolvimento, seria necessário certificar e validar o Pharmasoftware® junto ao corpo discente do curso de Medicina. A análise dos resultados revelou que ambas as atividades práticas (aula prática convencional e aula prática com o Pharmasoftware®) são eficazes em auxiliar a consolidação de conteúdos apresentados durante o Módulo de Princípios de Farmacologia, em especial os conceitos de vias de administração dos fármacos, visto que em ambos os casos as notas de pré-teste foram inferiores às notas de pós-teste, ou seja, ocorreu acréscimo no valor das notas; 92,86% no caso da prática em laboratório (Figura 1) e 100% no caso da prática em sala de aula (Figura 2). As Figuras 1 e 2 confirmam o acréscimo significativo ($p < 0,05$) nas notas do pós-teste, quando comparadas às do pré-teste. Neste sentido, dados da literatura sugerem que as aulas práticas representam um importante instrumento no processo de aprendizagem, seja na transmissão de conhecimentos e na demonstração de processos dinâmicos da vida, seja na integração dos sistemas e treinamento de habilidades específicas⁵.



As atividades práticas são fundamentais para o processo de ensino-aprendizagem no curso médico. Entretanto, quando essas práticas envolvem o uso de animais de laboratório, o tema ainda gera muita controvérsia.

A importância da experimentação animal é inquestionável nas ciências biológicas. Entretanto, enquanto na pesquisa o uso de animais busca investigar novos conhecimentos e habilidades, no ensino, esse uso objetiva explorar conhecimento e habilidades notórias. Essa realidade representa, portanto, a força motriz para o desenvolvimento de métodos alternativos de ensino, o que evitaria o sofrimento e sacrifício desnecessário de animais, além de ofertar novas formas de aprendizagem, como as tecnologias digitais, já acessíveis a parte considerável da população mundial⁶.

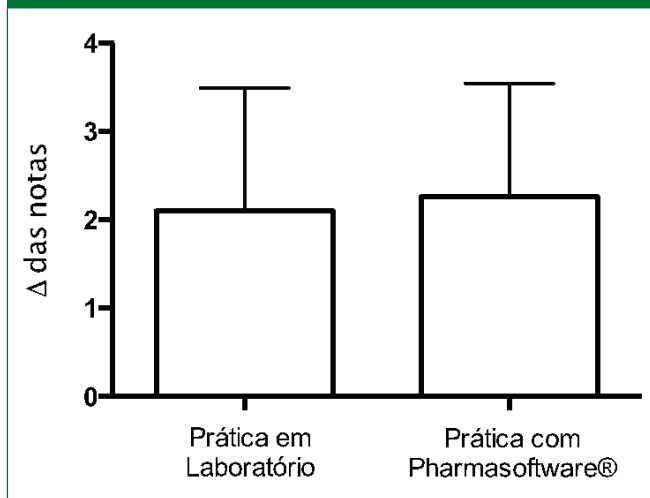
A despeito da normatização proposta pela Lei Arouca, alguns professores ainda consideram as alternativas somente como métodos complementares e não como meios capazes de substituir o uso do animal. Essa postura pode ser devida à deficiência na formação desses profissionais quanto ao desenvolvimento das novas metodologias, o que, em geral, envolve o uso de ferramentas da Tecnologia da Informação, como as simulações computadorizadas.

Diante desse cenário, um dos objetivos deste trabalho foi avaliar a eficácia do Pharmasoftware® como método alternativo no ensino da Farmacologia em relação à atividade prá-

tica convencional realizada em laboratório. De fato, quando se comparou o desempenho dos alunos após a aula prática convencional e após a apresentação do Pharmasoftware® (Figura 3), não se observou diferença significativa ($p > 0,05$) entre os dois grupos de alunos, ou seja, assistir à apresentação do Pharmasoftware® foi tão eficaz na aquisição de novos conhecimentos e habilidades quanto a aula prática convencional (Figura 3).

FIGURA 3

Varição (Δ) das notas dos testes aplicados antes e após aula prática convencional (prática em laboratório) e apresentação do *software* (prática com Pharmasoftware®) aos alunos do segundo semestre do curso de Medicina – *Campus* de Sobral. $n = 14$ alunos por grupo. $p > 0,05$ (Teste T para observações independentes)



Com este resultado, podemos sugerir, de forma inequívoca, que o Pharmasoftware® representa um importante método alternativo de ensino de Farmacologia. Ainda, considerando que o uso do Pharmasoftware® representa uma redução no uso de animais de laboratório para demonstração de conhecimento de domínio público, nossos resultados estão de acordo com vários trabalhos encontrados na literatura que apontam vantagens dos métodos alternativos sobre os métodos tradicionais com o uso de animais⁷.

Por fim, mas não menos importante, o desenvolvimento do Pharmasoftware® fomentou o conhecimento interdisciplinar, uma vez que proporcionou aos alunos dos cursos de graduação das Engenharias da Computação e Elétrica um contato com práticas e saberes da área da saúde. Crescem

os três cursos, uma vez que os alunos do curso de Medicina tiveram a possibilidade de vivenciar uma atividade prática, fixando o conhecimento, enquanto os alunos das Engenharias puderam observar e analisar problemas da medicina fundamental, o que estimulou nesses alunos a busca pelo desenvolvimento de tecnologias avançadas para o sistema de saúde. Todavia, ressalta-se a importância de compreender tais tecnologias não como um objetivo em si mesmas, mas sempre como um recurso a servir aos objetivos de aprendizagem acordados.

CONCLUSÃO

O Pharmasoftware®, desenvolvido por meio de uma parceria entre os cursos de graduação em Medicina e em Engenharias Elétrica e da Computação, com apoio do Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia da Universidade Federal do Ceará, *Campus* de Sobral, representa um método alternativo de ensino de Farmacologia certificado e validado, em atendimento à Lei Arouca.

REFERÊNCIAS

- Melgaço ICPPS, Meirelles RMS, Castro HC. Implicações Éticas e Legais do uso de animais no Ensino: as concepções de discentes dos Cursos de Graduação em Ciências Biológicas e Biomedicina de uma Instituição Federal de Ensino Superior localizada no Estado do Rio de Janeiro – Brasil. *Investigações em Ensino de Ciências* 2011;16(2):353-369.
- Rezende AH, Peluzio MCG, Sabarense CM. Experimentação animal: ética e legislação brasileira. *Rev Nutr.* 2008;21(2):237-242.
- Brasil. Lei nº. 11.794, de 8 de outubro de 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11794.htm. Acesso em: 20 maio 2015.
- Brasil. Ministério Nacional da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996;4(2):15-25.
- O'donoghue P. *Animals in education: the humane memorial lecture*. England:Universities Federation for Animal Welfare; 1990.
- Oliveira LN, Rodrigues GS, Gualdi CB, Feijó, AGS. A Lei Arouca e o uso de animais em ensino e pesquisa na visão de um grupo de docentes. *Rev Bioethics – Centro Universitário São Camilo* 2013;7(2):139-149.
- Bastos JCF, Rangel AM, Paixão RL, Rego S. Implicações Éticas do Uso de Animais no Processo de Ensino-Aprendizagem nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e Niterói. *Rev Bras Educ Méd.* 2002;26(3):162-170.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Elaboração do projeto e o desenho experimental:

Isaura Nelsivania Sombra Oliveira
Marcelo Marques Simões de Souza
Hellíada Vasconcelos Chaves
Gerardo Cristino Filho
Vicente de Paulo Teixeira Pinto
Mirna Marques Bezerra

Manuseio dos animais e preparo de soluções:

Ângela Magalhães Vieira
Danielle Rocha do Val
Thiago de Vasconcelos Saraiva
Marcondes Pimentel Cruz

Filmagens:

Thiago de Vasconcelos Saraiva
Marcondes Pimentel Cruz
Francisco Gerardo Medeiros Neto
Wanderson Clemente Barros da Silva
Ângela Magalhães Vieira
Danielle Rocha do Val

Elaboração do software e procedimentos técnicos:

Isaura Nelsivania Sombra Oliveira
Marcelo Marques Simões de Souza
Francisco Gerardo Medeiros Neto
Wanderson Clemente Barros da Silva

Análise dos resultados e redação do artigo:

Hellíada Vasconcelos Chaves
Gerardo Cristino Filho
Vicente de Paulo Teixeira Pinto
Jamille Fernandes Carneiro
Mirna Marques Bezerra

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Universidade Federal do Ceará – *Campus* de Sobral
Av. Comte. Maurocélvio Rocha Ponte, 100
Derby – Sobral
CEP. 62.042-280 CE
Tel: 55 88 3611-2202 / 88-8828-2137
FAX: 55 88 3611-8000
E-mail: mirnabrayner@gmail.com

Seminário de Integração como Dispositivo Pedagógico de Inovação Curricular no Ensino da Saúde: a Percepção do Estudante sobre o Paciente

Integration Seminars as Pedagogical Devices for Curricular Innovation in Health Education: Student Perceptions of Patients

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi¹

Danielle Stoffels¹

Isabela Polesi Bergamaschi¹

Alessandra Dutra da Silva¹

Pantelis Varoaki Rados¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Superior;
- Currículo;
- Ensino;
- Educação em Odontologia;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Higher Education;
- Curriculum;
- Teaching;
- Dental Education;
- Medical Education.

RESUMO

Pesquisa exploratória documental de abordagem qualitativa cujo objetivo foi compreender como está se constituindo a formação do estudante de Odontologia em relação ao cuidado em saúde, a partir de uma atividade de ensino interdisciplinar ocorrida no segundo ano da formação do cirurgião-dentista. Foi realizado um levantamento retrospectivo do material produzido pelos estudantes do terceiro semestre do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no Seminário de Integração IV, de 2006 a 2013. O corpus de análise foi formado por relatos de acompanhamento de pacientes e narrativas. Foram analisados 95 relatos de casos de pacientes e 67 narrativas pelo método da análise temática de conteúdo de Bardin. A análise do material resultou em 17 unidades de significação/categorias emergentes. A inclusão das narrativas no Seminário de Integração como estratégia metodológica de ensino na saúde trouxe a qualificação dos relatos e aproximou os estudantes do ser humano a ser cuidado, passando por sua queixa principal, história de vida e subjetividades. Currículos inovadores e integrados na área da saúde devem ser acompanhados permanentemente com base na experiência concreta nesta e em outras instituições de educação superior do País.

ABSTRACT

This documentary exploratory research project with a qualitative approach aimed to understand how dental students are being trained in terms of healthcare, by means of an interdisciplinary teaching activity held in the second year of dental school. A retrospective survey was performed from the material produced by the students during the third semester of the dentistry course at the Federal University of Rio Grande do Sul, by means of the IV Integration Seminar held in 2006-2013. The analysis corpus consisted of reports featuring patient monitoring and narratives. We analyzed 95 patient case reports and 67 narratives using the thematic analysis method on Bardin content. Analysis of the material resulted in 17 meaning units/emerging categories. The inclusion of narratives in the Integration Seminar as a methodological strategy for health education facilitated the qualification of reports and brought students closer to the human beings under care, by means of exposing the students to the patients' chief complaint, life history and subjective factors. The specific experiences of this study as well as those of other Brazilian educational institutions suggest that innovative and integrated curricula in the healthcare field must be implemented on a permanent basis.

Recebido em: 26/01/2015

Aprovado em: 15/02/2016

INTRODUÇÃO

Historicamente, a educação superior em Odontologia no Brasil seguiu padrões curriculares fragmentados, com conteúdos estanques, que enfatizam conhecimentos das ciências básicas e técnicas operatórias e limitados quanto aos aspectos preventivos e da saúde coletiva, com pouca ou nenhuma interconexão entre si, cabendo ao estudante a integração dos conteúdos¹. Esta fragmentação reforçou os fundamentos do “taylorismo”, ou seja, da visão quase puramente tecnicista e instrumental que caracterizou o ensino superior no País².

Em 2002, quando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Odontologia³ traçaram um perfil generalista do profissional a ser formado no Brasil e enunciaram habilidades e competências que deveriam ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista, novos caminhos foram buscados para responder ao desafio da formação. Esse contexto exigiu mudanças curriculares a partir da construção de projetos pedagógicos integrados e interdisciplinares, contemplando um olhar plural e a possibilidade de trabalho conjunto, que respeitasse as bases disciplinares específicas, mas buscando soluções compartilhadas para os problemas/necessidades das pessoas⁴.

Entendendo que mudanças na legislação não bastam para mudar uma lógica de formação⁵, o curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) reestruturou seu currículo e implementou, em 2005, após três anos de discussão com a comunidade acadêmica, um novo modelo curricular baseado e orientado pelas DCN. O projeto pedagógico do curso contempla um ensino mais integrado às demandas sociais, pautado pelo panorama político do Brasil, baseando-se em competências e organizado em três momentos de formação – fundamental (básica), pré-profissional e profissional^{6,7}.

Dos aspectos curriculares inovadores, destacam-se as Clínicas Odontológicas Integradas, os estágios de Acompanhamento Clínico, os estágios supervisionados nos cenários de prática do sistema público de saúde com ênfase na integração ensino-serviço-comunidade e os Seminários de Integração.

Com uma carga horária total de cinco créditos, os Seminários de Integração ocorrem do primeiro ao quarto semestre do curso de Odontologia e têm o objetivo de integrar os conhecimentos de cada semestre, sendo constituídos por professores de diferentes disciplinas e um professor facilitador dessa integração.

Neste contexto de formação baseada na integração curricular, o presente artigo busca compreender, por meio da análise do material produzido no Seminário de Integração IV, uma atividade de ensino interdisciplinar, de 2006 a 2013, como está

se constituindo a formação do estudante da graduação em Odontologia em relação ao cuidado em saúde ao longo desta etapa curricular (segundo ano do curso).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória documental, com abordagem qualitativa, que considera o contexto do problema de estudo, preocupando-se mais com significados do que com a frequência dos fatos apresentados⁸.

O *corpus* de análise foi composto pelas apresentações dos relatos de acompanhamento de pacientes e escrita de narrativas – levantamento retrospectivo do material produzido pelos estudantes do terceiro semestre do curso de graduação em Odontologia no Seminário de Integração IV – nas turmas de 2006 a 2013. O campo de investigação foi o curso de graduação em Odontologia da UFRGS.

O Seminário de Integração IV ocorre no terceiro semestre do curso de Odontologia e envolve conteúdos disciplinares de Fisiologia II, Patologia Básica, Semiologia, Técnica Radiográfica, Anatomia de Dentes Permanentes, Cariologia e Dentística. A organização pedagógica desse seminário caracteriza-se pela análise de casos clínicos por grupos menores de estudantes (até cinco alunos), que são orientados por docentes das disciplinas que compõem o semestre a discutir aspectos dos casos clínicos referentes às diferentes áreas da Odontologia. Os estudantes acompanham os pacientes atendidos nas Clínicas Odontológicas da Faculdade de Odontologia durante o semestre e, após, fazem a descrição do caso (por meio da escrita de narrativas orientadas) e apresentação dos relatos dos casos dos pacientes, segundo uma proposta de análise interdisciplinar. No momento da apresentação dos casos, todos os grupos de tutoria e professores tutores estão presentes para a discussão.

O método de ensino utilizado tem na tutoria a estratégia central. Cada grupo de estudantes tem um professor tutor que orienta o grupo. O processo tutorial construído no Seminário de Integração é presencial, com encontros quinzenais e ancorado na metodologia da problematização com base na vivência dos estudantes, acompanhando o atendimento de pacientes e do “caso clínico”. Ao longo do seminário, os estudantes são estimulados a consultar todos os demais professores de áreas específicas envolvidos com a atividade de ensino, de modo a garantir uma visão integrada do paciente. Nesse processo de aprendizagem, os tutores são facilitadores que criam possibilidades, auxiliam, acompanham e avaliam. Ao mesmo tempo em que ensinam, os tutores também aprendem.

A avaliação dos estudantes foi processual ao longo do seminário e teve como fundamento básico a construção das narrativas e apresentação do caso clínico, considerando os cri-

térios de interesse, participação, pontualidade, originalidade e qualidade do material apresentado, assim como discussão e envolvimento do grupo de tutoria com a situação apresentada. Além disso, foi feita uma avaliação escrita ao final do Seminário de Integração IV com questões que envolviam o conteúdo da apresentação de todos os grupos de tutoria e uma autoavaliação, com o objetivo de avaliar a percepção dos estudantes sobre a importância do seminário para a etapa da formação, identificando potencialidades e possíveis dificuldades.

As narrativas foram construídas pelos estudantes sob a orientação do professor tutor do grupo com base no acompanhamento dos pacientes atendidos nas Clínicas Odontológicas da Faculdade de Odontologia durante o semestre. Depois, os estudantes constroem a descrição do caso segundo uma proposta de análise interdisciplinar. Todas as narrativas eram lidas e revisadas pelo professor da Semiologia, além do professor tutor.

O foco da atividade de ensino não é a descrição de uma queixa, de um diagnóstico ou do tratamento do paciente, mas, sim, o reconhecimento da complexidade de como realizar o cuidado em saúde, entendendo o contexto em que esse paciente está inserido. É a possibilidade do olhar interdisciplinar, como estratégia de resistência à fragmentação dos saberes, articulando diferentes saberes, sem desqualificar o conhecimento especializado, que produzirá um novo conhecimento. A interdisciplinaridade se efetiva na medida em que os conhecimentos específicos de cada área se mantenham⁹.

A análise das narrativas produzidas pelos estudantes justifica-se pela intenção da compreensão de experiências e diferentes pontos de vista de sujeitos em dado contexto¹⁰. A narrativa é entendida como uma ferramenta essencial na construção de significados para a existência humana e na descrição de experiências vividas¹¹⁻¹³, assim como o seu contexto social, condição de saúde geral, experiências odontológicas, hábitos, história de vida, percepção sobre saúde bucal.

O material produzido foi analisado pelo método da análise temática de conteúdo¹⁴. O processo de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo textual, promovido pela análise de conteúdo, foi organizado em três etapas: pré-análise (fase de organização e sistematização das ideias, em que ocorre a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa em relação ao material presente, e a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final); exploração do material (fase em que os dados brutos do material são codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto); e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (fase em que os dados são interpretados a fim de se tornarem significativos e válidos e de evidenciarem as informações obtidas).

RESULTADOS

Foram analisadas 95 apresentações com os relatos de casos de pacientes e 67 narrativas produzidas durante o Seminário de Integração IV, nas turmas de 2006 a 2013. Nas turmas de 2006 a 2008, estavam disponíveis as 13 apresentações que continham os relatos de caso dos pacientes acompanhados pelos estudantes nas Clínicas Integradas da Faculdade de Odontologia da UFRGS, as quais foram utilizadas como material pedagógico do Seminário de Integração. As narrativas foram incluídas na metodologia de ensino do Seminário IV a partir da turma de 2009 (Tabela 1).

TABELA 1
Caracterização do material produzido pelos estudantes no Seminário de Integração IV do curso de graduação em Odontologia da UFRGS, turmas de 2006 a 2013

Turmas	Apresentações*	Narrativas*
2006	1	–
2007	5	–
2008	7	–
2009	18	18
2010	18	18
2011	18	18
2012	14	8
2013	14	5
Total	95	67

* Material localizado no repositório digital do Seminário IV.

A análise do material produzido pelo Seminário de Integração IV resultou em 17 unidades de significação/categorias emergentes, que incluíram: informações demográficas e socioeconômicas dos pacientes; contexto familiar; queixa principal e diagnóstico; descrição da intervenção odontológica acompanhada pelos estudantes; história médica e odontológica pregressa e atual; exames complementares; forma de encaminhamento; hábitos comportamentais e parafuncionais; história de vida; percepção sobre saúde bucal; comportamento durante a consulta odontológica; foco do relato; área de especialidade do orientador e referencial teórico. O Quadro 1 apresenta as categorias e subcategorias que serviram de base para a análise dos resultados.

O Quadro 2 apresenta as informações dos relatos dos casos acompanhados pelos estudantes de graduação em Odontologia durante o Seminário de Integração IV.

QUADRO 1
Categorias e subcategorias de análise

Categorias	Subcategorias
1. Informações demográficas	Sexo, idade, local de residência, cor da pele, estado civil, naturalidade
2. Informações socioeconômicas	Escolaridade, ocupação, renda familiar ou ausente
3. Contexto familiar	Número de filhos, com quem mora, número de irmãos
4. Queixa principal e diagnóstico	Presente ou ausente
5. Descrição da intervenção odontológica acompanhada pelos estudantes	Presente ou ausente
6. História médica pregressa e atual	Estado geral de saúde, medicação atual, alergias, cirurgias feitas anteriormente, histórico familiar de doenças, tipo sanguíneo
7. História odontológica pregressa e atual	Acesso a serviços odontológicos, última ida ao dentista, hábitos de higiene, tratamentos odontológicos prévios, orientação de higiene bucal prévia, presença / condição das próteses, presença de lesões bucais ou ausência
8. Exames complementares	Radiografias (periapicais, panorâmicas, interproximais e oclusal), ecografia, biópsia, hemograma, glicemia em jejum, diascopia, tomografia cone beam, testes de fluxo salivar, testes de vitalidade pulpar
9. Forma de encaminhamento	Presente ou ausente
10. Hábitos comportamentais	Tabagismo, consumo de álcool e drogas, hábitos alimentares, prática de exercícios físicos, exposição solar ou ausente
11. Hábitos parafuncionais	Bruxismo
12. História de vida	Relato de violência doméstica, de preconceito ou ausente
13. Percepção sobre saúde bucal	Presente ou ausente
14. Comportamento durante a consulta odontológica	Presente ou ausente
15. Foco do relato	Queixa principal do paciente, especialidade do orientador, percepção do paciente como um todo – integral/interdisciplinar
16. Área de especialidade do orientador	Presente ou ausente
17. Referencial teórico	Livros, Trabalhos acadêmicos, Artigos ou Ausente

QUADRO 2
Informações dos relatos de caso de pacientes acompanhados pelos estudantes de graduação em Odontologia no Seminário de Integração IV. Curso de graduação em Odontologia, UFRGS, 2006 a 2013

Categorias	Turmas 2006	Turmas 2007	Turmas 2008	Turmas 2009	Turmas 2010	Turmas 2011	Turmas 2012	Turmas 2013
Informações demográficas	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo
	Idade	Idade	Idade	Idade	Idade	Idade	Idade	Idade
	Local de residência	Local de residência	Local de residência	Local de residência	Local de residência	Local de residência	Local de residência	Local de residência
Informações socioeconômicas	Ausente	Escolaridade	Escolaridade	Escolaridade	Escolaridade	Escolaridade	Escolaridade	Escolaridade
		Ocupação	Ocupação	Ocupação	Ocupação	Ocupação	Ocupação	Ocupação
		Renda familiar	Renda familiar	Renda familiar	Renda familiar	Renda familiar	Renda familiar	Renda familiar
Contexto familiar	Ausente	Ausente	Número de filhos	Número de filhos	Número de filhos	Número de filhos	Número de filhos	Número de filhos
			Cuidador de filha depressiva	Com quem mora	Com quem mora	Com quem mora	Com quem mora	Com quem mora
Queixa principal e diagnóstico	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente

QUADRO 2
Informações dos relatos de caso de pacientes acompanhados pelos estudantes de graduação em Odontologia
no Seminário de Integração IV.
Curso de graduação em Odontologia, UFRGS, 2006 a 2013

Categories	Turmas 2006	Turmas 2007	Turmas 2008	Turmas 2009	Turmas 2010	Turmas 2011	Turmas 2012	Turmas 2013
Descrição da intervenção odontológica acompanhada pelos estudantes	Presente	Ausente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente
História médica pregressa e atual	Estado geral de saúde (condições patológicas presentes) Medicação atual	Estado geral de saúde (condições patológicas presentes) Medicação atual	Estado geral de saúde (condições patológicas presentes) Medicação atual Alergias Cirurgias anteriores	Estado geral de saúde (condições patológicas presentes) Medicação atual Alergias Cirurgias anteriores Histórico familiar de doenças	Estado geral de saúde (condições patológicas presentes) Medicação atual Alergias Cirurgias anteriores Histórico familiar de doenças Tipo sanguíneo	Estado geral de saúde (condições patológicas presentes) Medicação atual Alergias Cirurgias anteriores Histórico familiar de doenças	Estado geral de saúde (condições patológicas presentes) Medicação atual Alergias Cirurgias anteriores Histórico familiar de doenças Tipo sanguíneo	Estado geral de saúde (condições patológicas presentes) Medicação atual Cirurgias anteriores Histórico familiar de doenças
História odontológica pregressa e atual	Ausente	Acesso a serviços odontológicos Última ida ao dentista Hábitos de higiene	Acesso a serviços odontológicos Última ida ao dentista Hábitos de higiene	Hábitos de higiene Tratamentos odontológicos prévios Orientação de higiene bucal prévia	Hábitos de higiene Tratamentos odontológicos prévios Orientação de higiene bucal prévia Presença/ condição das próteses Presença de lesões bucais	Acesso a serviços odontológicos Última ida ao dentista Hábitos de higiene Tratamentos odontológicos prévios Orientação de higiene bucal prévia Presença/ condição das próteses Presença de lesões bucais	Hábitos de higiene Tratamentos odontológicos prévios Orientação de higiene bucal prévia Presença de lesões bucais	Acesso a serviços odontológicos Última ida ao dentista Tratamentos odontológicos prévios Presença de lesões bucais
Exames complementares	Radiografias periapicais	Radiografias periapicais panorâmicas	Radiografias panorâmicas Biópsia Hemograma	Radiografias (periapicais, panorâmicas, interproximais e oclusal) Ecografia Biópsia Hemograma Glicemia em jejum Diascopia Tomografia cone bean	Radiografias (periapicais, panorâmicas e interproximais) Biópsia Hemograma Tomografia cone bean Diário alimentar	Radiografias (periapicais e panorâmicas) Biópsia Diário alimentar Teste de fluxo salivar	Radiografias (periapicais, panorâmicas e interproximais) Teste de fluxo salivar Teste de sensibilidade pulpar	Radiografias (periapicais e panorâmicas) Biópsia
Forma de encaminhamento	Ausente	Ausente	Presente em alguns relatos	Presente	Presente em alguns relatos	Ausente	Presente	Ausente
Hábitos comportamentais	Ausente	Quantidade e frequência de cigarros e bebidas alcoólicas Presença de hábitos alimentares	Quantidade e frequência de cigarros e bebidas alcoólicas Presença de hábitos alimentares	Quantidade e frequência de cigarros e bebidas alcoólicas Usuário de drogas	Quantidade e frequência de cigarros e bebidas alcoólicas Presença de hábitos alimentares Relato de exposição solar	Quantidade e frequência de cigarros e bebidas alcoólicas Usuário de drogas Presença de hábitos alimentares Relato de exposição solar	Quantidade e frequência de cigarros e bebidas alcoólicas Presença de hábitos alimentares Prática de exercícios físicos Relato de exposição solar	Quantidade e frequência de cigarros e bebidas alcoólicas Presença de hábitos alimentares Prática de exercícios físicos Relato de exposição solar

QUADRO 2
Informações dos relatos de caso de pacientes acompanhados pelos estudantes de graduação em Odontologia no Seminário de Integração IV.
Curso de graduação em Odontologia, UFRGS, 2006 a 2013

Categories	Turmas 2006	Turmas 2007	Turmas 2008	Turmas 2009	Turmas 2010	Turmas 2011	Turmas 2012	Turmas 2013
Hábitos parafuncionais	Ausente	Bruxismo	Ausente	Bruxismo	Bruxismo	Bruxismo	Ausente	Ausente
História de vida	Ausente	Ausente	Ausente	Relato de violência doméstica pela cuidadora	Relato de preconceito	Relato de preconceito	Relato de preconceito	Ausente
Percepção sobre saúde bucal	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente
Comportamento durante a consulta odontológica	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente
Foco do relato	Queixa principal do paciente	Especialidade do orientador	Queixa principal do paciente	Percepção do paciente como um todo – integral/interdisciplinar	Percepção do paciente como um todo – integral/interdisciplinar	Percepção do paciente como um todo – integral/interdisciplinar	Percepção do paciente como um todo – integral/interdisciplinar	Percepção do paciente como um todo – integral/interdisciplinar
Área de especialidade do orientador	Ausente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente
Referencial teórico	Ausente	Livros Artigos científicos	Artigos científicos	Livros Artigos científicos Tese de doutorado	Livros Artigos científicos	Livros Artigos científicos	Livros Artigos científicos	Livros Artigos científicos

A partir da turma de 2009, com a possibilidade de análise das narrativas produzidas, notou-se a ampliação do conjunto de observações percebidas pelos estudantes e a presença de novas informações agregadas aos relatos. Nesse contexto diferenciado, destacam-se as informações voltadas ao contexto familiar dos pacientes, histórico familiar de doenças, hábitos comportamentais, história de vida (relatos de violência doméstica, preconceito), além de informações subjetivas (percepção sobre a condição de saúde bucal, comportamento durante as consultas odontológicas).

Quanto à percepção sobre a condição de saúde bucal, a influência do estado da boca e dentes sobre a vida das pessoas, causando estresse, desconforto/vergonha ao sorrir e até prejuízo no trabalho por falta dos dentes anteriores ou por questões estéticas, foi um diferencial importante em relação aos relatos das turmas de 2009 a 2013.

Paciente falou que não trabalha mais no comércio pelo desconforto que a falta de dentes na região anterior lhe oferece. (Turma 2009)

Paciente preocupado com a aparência dos dentes e como isso interfere na sua vida social. (Turma 2010)

Paciente preocupada com relação à estética. (Turma 2012)

Paciente preocupada com sua saúde bucal. (Turma 2013)

Os relatos sobre o comportamento dos pacientes durante as consultas mostraram percepções e sentimentos dos pacientes percebidos pelos estudantes (medo de dentista, preocupação, ansiedade, tranquilidade, nervosismo, curiosidade, expectativa frente ao tratamento). Essa unidade de análise subjetiva dos pacientes foi assim expressa pelos estudantes nas narrativas:

Paciente afirmou ter muito medo de dentista, apresentou-se bastante preocupado para saber o que era a lesão que o fez procurar atendimento; mostrou-se um pouco ansioso e pensou ter algo grave, devido ao fato de muitas pessoas estarem analisando seu caso; afirmou ter medo de ter câncer. (Turma 2009)

Paciente muito tranquila durante as consultas, permanecendo de maneira confortável e relaxada, conversando bastante e atenta ao que estava acontecendo ao seu redor; muito ansiosa e preocupada com o procedimento, sendo o seu maior receio a anestesia; paciente é tímida; paciente preocupado com a aparência dos dentes e como isso interfere na sua vida social, tranquilo e receptivo durante a consulta; paciente estava consciente de que a saúde precisa ser recuperada antes do tratamento estético; paciente informou ter gostado do atendimento e mostrou-se muito prestativo na hora de relatar

os fatos e de responder às perguntas feitas a ele durante o diálogo. (Turma 2010)

Paciente apresenta nervosismo frente ao dentista: “Medo daquele barulhinho, por isso fui empurrando com a barriga”; paciente apresenta nervosismo frente ao dentista e demorou até ir à procura de atendimento; paciente sentiu-se desconfortável ao tirar as fotos para o trabalho. (Turma 2011)

Paciente demonstrou valorizar a saúde bucal de maneira restrita, pois sua ideia de saúde está vinculada apenas à falta de sintomatologia, ou seja, ele se mostra satisfeito; demonstrou grande interesse sobre a maneira como ia ocorrer o seu tratamento, questionou os profissionais que a atenderam, mostrando-se bastante curiosa sobre os procedimentos a serem efetuados e propondo hipótese sobre a causa do seu problema; paciente não se importa com a aparência e ainda relata que vai extrair mais dentes; não tem medo de ir ao dentista nem tem vivenciado experiências desagradáveis; não se constrange com a sua estética bucal; paciente possui uma grande expectativa quanto a sua nova prótese. (Turma 2012)

Primeira experiência com dentista foi traumática; paciente extremamente contente, inclusive a mesma referiu: “agora vou poder sorrir bastante”; paciente relata conhecer os hábitos de higiene e preocupar-se com sua saúde bucal; paciente preocupada com sua saúde bucal. (Turma 2013)

Verifica-se, ainda, que, a partir da escrita das narrativas, o foco dos relatos dos estudantes deixou de se centrar na queixa principal do paciente ou na área da especialidade do orientador (Turmas de 2006 a 2008), ampliando-se para um olhar integral e interdisciplinar do paciente (Turmas de 2009 a 2013). Também merece destaque a inclusão do referencial teórico, sempre presente, a partir da turma de 2007.

DISCUSSÃO

A inovação curricular está na ordem do dia quando o lócus de discussão é o ensino superior, em especial os cursos de formação em saúde¹⁵.

O modelo de ensino fragmentado e desarticulado dos determinantes sociais no processo saúde-doença contribuiu para a perda do entendimento de que o foco da atenção nos cursos da saúde é o paciente, entendido como uma pessoa única, que deve ser considerada em sua totalidade, incluindo também, além da sua queixa principal/enfermidade, aspectos voltados ao seu contexto social, psicológico e espiritual¹⁶.

As dimensões subjetivas e sociais das práticas em saúde ganharam valorização com a instituição da Política Nacional

de Humanização – Humaniza SUS –, a qual tem a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, a abordagem integral do ser humano busca a superação da “fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais” (p. 63)¹⁷.

O cuidado integral à saúde volta-se, assim, ao ser humano como sujeito, e não como objeto, integrando as partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivado pelo olhar reducionista do entendimento de saúde, e reconhece nele um sujeito, um semelhante, reorientando o modelo do cuidado¹⁸.

Para os cursos da área da saúde, incluindo a Odontologia, a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2002 e, antes disso, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB)¹⁹ trouxe a necessidade de formação do profissional da saúde capacitado não exclusivamente nos aspectos técnicos da profissão, mas também nos éticos, humanistas e de cidadania. Com as Diretrizes, vieram as mudanças e as inovações curriculares nos cursos de graduação em Odontologia e o direcionamento para uma formação centrada no paciente, voltada ao cuidado em saúde, conectada ao SUS e à experiência vivida^{20,21}. Os currículos rígidos, individualistas, compostos por disciplinas cada vez mais fragmentadas foram sendo analisados e repensados, dando lugar a currículos flexíveis, dirigidos para a aquisição de um perfil e competências profissionais, com abordagens pedagógicas produtoras de sentido, diversificação de cenários de prática e de metodologias de aprendizagem, habilidades, atitudes^{22,23,24}.

No curso de Odontologia da UFRGS, os Seminários de Integração destacaram-se na proposta da reestruturação curricular efetivada a partir de 2005, trazendo para o contexto da formação em saúde a inovação pedagógica e a compreensão de que a doença de cada paciente não se inicia e nem termina no indivíduo ou no atendimento realizado no consultório, mas constitui uma inter-relação complexa na qual interferem fatores econômicos, culturais, sociais e políticos²⁵.

A análise do material textual constituído pelos estudantes do Seminário de Integração IV, no período de 2006 a 2013, mostrou que a proposta avançou enquanto atividade de ensino inovadora baseada na integração curricular e na interdisciplinaridade, tanto em quantidade de informações registradas pelos estudantes de graduação, quanto em relação ao aprendizado focado no paciente e em suas necessidades. Com o desenvolvimento do Seminário no currículo, desde sua implantação, observa-se, pela análise das narrativas e apresentações produzidas pelos grupos de tutoria no período estudado, a mudança de um olhar fragmentado para um olhar mais amplo

do paciente, buscando a vinculação de sua queixa principal com seu contexto social.

As evidências para esses ganhos e mudanças têm como base a análise e discussão da estratégia metodológica de narrativas orientadas por professores tutores de diferentes áreas do conhecimento. A estratégia promoveu a qualificação dos relatos por meio do olhar interdisciplinar sobre o cuidado em saúde nos pacientes acompanhados, possibilitando a compreensão dos contextos mais amplos, diferenciados e complexos das experiências das pessoas, e o modo específico como elas constroem e dão significado a essas vivências¹². As narrativas construídas pelos estudantes de graduação sobre o “caso clínico” extrapolaram o olhar sobre o indivíduo como objeto de estudo e aproximaram-se do ser humano, passando por sua queixa principal, sua história de vida, e nela ganhando significado e legitimidade.

A valorização das narrativas dos pacientes é um elemento-chave para uma clínica voltada para a integralidade do cuidado em saúde. Trazer as narrativas para a clínica facilita a percepção e a interpretação do significado do processo de adoecimento como um modo e permite ao profissional da saúde incorporar novos enunciados ao seu repertório interpretativo e, assim, ampliar a dimensão dialógica, hermenêutica e integral do saber e da prática clínica¹².

Informações voltadas ao contexto familiar dos pacientes, histórico familiar de doenças, hábitos comportamentais, história de vida (relatos de violência doméstica, preconceito) e o registro de aspectos subjetivos do indivíduo (percepção sobre a condição de saúde bucal, comportamento durante as consultas odontológicas) passaram a fazer parte do cuidado em saúde, constituindo um olhar integral e interdisciplinar em relação ao paciente.

Nesse sentido, a intervenção técnica de núcleo articula-se com o cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado. O cuidado refere-se ao desenvolvimento de atitudes e relacionamentos entre pacientes e profissionais de saúde, com base na intersubjetividade e no exercício de uma sabedoria prática para a saúde. Esses aspectos devem ser apoiados na tecnologia, mas não podem se resumir a ela²⁶.

Esses estudantes, ao concluírem a terceira etapa da formação do cirurgião-dentista, já tendo experienciado quatro Seminários de Integração – os quais se organizam em eixos integradores de saberes/áreas/professores/estudantes de cada semestre –, assumem, em sua trajetória acadêmica, o pressuposto da problematização das situações de aprendizagem,

possibilitando a discussão de situações clínicas diversas, na perspectiva de diferentes olhares disciplinares.

Ao chegar à quarta etapa do currículo, o estudante de Odontologia ingressa no espaço de aprendizado clínico já tendo a interdisciplinaridade como um dos princípios metodológicos do trabalho em saúde, o qual leva em conta os conhecimentos prévios dos estudantes e possibilita o desenvolvimento de competências que potencializem seu conhecimento. Durante o período de imersão nas Clínicas Integradas da quinta à oitava etapa do curso, a experiência do Seminário de Integração tem continuidade e é reforçada nos Seminários Clínicos, perpassando a formação do estudante de Odontologia.

É preciso reconhecer que, embora ganhos sejam percebidos pelos estudantes do curso de Odontologia da UFRGS tanto com a estratégia pedagógica do Seminário de Integração quanto com as atividades de ensino que buscam a integração curricular como um todo²⁷, as mudanças curriculares acontecem em processo, e a prática interdisciplinar no ensino em saúde ainda constitui um desafio que deve ser construído no cotidiano do desenvolvimento curricular, de modo transversal a esse currículo, numa relação de reciprocidade e de mutualidade entre os diversos campos do conhecimento²⁸. É uma experiência pedagógica nova para os estudantes e especialmente para os professores, que, muitas vezes, foram formados por currículos fragmentados por especialidades e que veem no Seminário de Integração uma oportunidade de educação permanente da sua prática docente.

A possibilidade da formação em saúde a partir de um currículo baseado na interdisciplinaridade tem a potencialidade de resgatar o caráter de totalidade do conhecimento, das interações complexas onde todos os conceitos e teorias estão conectados entre si. Da mesma forma, facilita a compreensão de que os indivíduos aprendem usando a razão, o intelecto, mas também a intuição, as sensações, as emoções e os sentimentos²⁹.

Sugere-se realizar novas pesquisas no sentido de acompanhar o processo de desenvolvimento curricular dos estudantes até a conclusão do curso de graduação, para que a experiência concreta de currículos “inovadores” e pautados na busca da interdisciplinaridade, nesta e em outras instituições de educação superior do País, possa trazer mudanças efetivas no cuidado em saúde. Na mesma perspectiva de estudos complementares, os egressos do curso, muitos dos quais estão inseridos em residências multiprofissionais, atividades de preceptoria, programas de pós-graduação *stricto sensu* com ênfase no SUS e nos serviços da rede SUS, também devem ser incluídos em pesquisas que possam avaliar de que modo as experiências curriculares interdisciplinares afetam o fazer e a resolutividade em saúde.

“Mudança conceitual requer mudança de posturas. Se a atitude não acompanha as mudanças conceituais, o resultado poderá ser uma interdisciplinaridade apenas pontual” (p. 76)³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do material produzido no Seminário de Integração IV, de 2006 a 2013, possibilitou a compreensão do olhar do estudante da graduação em Odontologia sobre o paciente e sobre o cuidado em saúde a partir de uma atividade de ensino interdisciplinar.

A inclusão das narrativas, como estratégia metodológica do seminário, trouxe a qualificação dos relatos por meio da problematização das situações de aprendizagem e da discussão de situações clínicas diversas, na perspectiva de diferentes olhares disciplinares, extrapolando a descrição do “caso clínico” enquanto objeto de estudo e aproximando os estudantes de graduação em Odontologia do ser humano a ser cuidado, passando por sua queixa principal, história de vida e subjetividades.

REFERÊNCIAS

- Ditterich RG, Portero PP, Schmidt LM. A preocupação social nos currículos de odontologia. *Rev ABENO* 2007; (1): 58-62.
- Fagundes NC, Fróes Burhnam T. Transdisciplinaridade, multirreferencialidade e currículo. *Rev FACED* 2011; (5):39-55.
- Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília, 4 mar 2002; Seção 1, p. 10.
- Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface comum saúde educ* 2005; 9(18): 531-36.
- Lemos CLS, Fonseca SG. Saberes e práticas curriculares: um estudo de um curso superior na área da saúde. *Interface comum saúde educ* 2009; 13(28):57-69.
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Projeto Político Pedagógico. Porto Alegre, 2005.
- Warmling CM, Rossoni E, Hugo FN, Toassi RFC, Lemos VA, Slavutzky SMB, et al. Estágios curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS. *Rev ABENO* 2011; 11(2):63-70.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2007.
- Mendes JMR, Lewgoy AMB, Silveira EC. *Revista ciência e saúde*. Porto Alegre 2008; 1(1):24-32.
- Onocko-Campos RT, Palombini AL, Leal E, Serpa Junior OD, Baccari IOP, Ferrer AL, et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciência saúde coletiva* 2013; 18(10):2847-57.
- Dasgupta S. Las historias importan: Narrativa, Salud y Justicia Social. *Conexión pediátrica* 2012; 5(1): 1-4.
- Favoreto CAO, Camargo Júnior KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface comum saúde educ* 2011; 15(37):473-83.
- Onocko-Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev saúde pública* 2008; 42(6):1090-6.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. 70 ed. São Paulo: Almedina; 2011.
- Braid LMC, Machado MFAS, Aranha ÁC. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. *Interface comum saúde educ* 2012; 16(42):679-92.
- Junqueira CR, Ramos DIP. Aspectos éticos da percepção de pacientes em atendimento odontológico. *Rev bras ciênc saúde* 2007;11:95-102.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 72p.
- Silva AC, Fonseca AM, Silva JLL, Góes FGB, Cunha FTS. Refletindo sobre a integralidade no cuidado de enfermagem: estudo bibliográfico. *Online braz j nurs*. 2006. 5(3) [capturado 26 dez. 2014]; 1-9. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/442/104>
- Brasil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 20 dezembro 1996 [capturado 26 dez. 2014]; 1-9. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>
- Junqueira CR, Junqueira SR, Almeida FCS, Zilbovicius C, Araujo ME, Ramos DLP. A formação humanística, social e ética do graduando em odontologia. *Rev bras ciênc saúde* 2011; 14(4):25-36.
- Fagundes NC, Burnham TF. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. *Interface comum saúde educ* 2005; 9(16):105-14.
- Stella RCR, Puccini RF. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. In: Puccini RF, Sampaio LO, Batista NA, orgs. *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso*.

- so social [online]. São Paulo: Editora Unifesp; 2008. p. 53-69. [capturado 26 dez. 2014]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q8g25/pdf/puccini-9788561673666-04.pdf>
23. Hayacibara MF, Lolli LF, Terada RSS, Hidalgo MM, Bispo CGC, Terada HH, et al. Experiência de Clínica Ampliada em Odontologia na Universidade Estadual de Maringá. *Rev bras educ med* [on line].2012. 36 (1 Supl. 2) [capturado 26 dez. 2014]; 178-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a26v36n1s2.pdf>
24. Pedrosa JI. Iniciação às práticas de saúde: bricolagem na seleção de conteúdos. *Rev bras educ med* [on line]. 2013. 37 (3) [capturado 26 dez. 2014]; 408-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n3/13.pdf>
25. Poi WR, Tagliavini RL, Sonoda CK, Castro JCM, Salineiro SL, Pedrini D, et al. O perfil da disciplina de clínica integrada da faculdade de odontologia de Araçatuba – UNESP, após onze anos de implantação. *Arq odontol* 1997; 33(1):35-47.
26. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface comun saúde educ set* 2003/fev 2004;8(14):73-91.
27. Toassi RFC, Souza JM, Baumgarten B, Rösing CK. Avaliação curricular na educação superior em odontologia: discutindo as mudanças curriculares na formação em saúde no Brasil. *Rev ABENO* 2012; 12(2):170-7.
28. Fazenda ICA. *Interdisciplinaridade: História, teoria e pesquisa*. Campinas: Papirus; 1976.
29. Thiesen JS. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. *Rev bras educ* 2008; 13 (39):545-98.
30. Santos A. Complexidade e transdisciplinaridade em educação: cinco princípios para resgatar o elo perdido. *Rev bras educ* 2008; 13(37):71-83.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi participou de todas as etapas do trabalho, além de redigir e revisar o artigo, Danielle Stoffels, Isabela Polesi Bergamaschi e Alessandra Dutra da Silva participaram da revisão de literatura, organização e análise dos resultados, e revisão do artigo. Pantelis Varvaki Rados fez a concepção ideológica do trabalho e participou da análise dos resultados e da revisão final do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Rua Ramiro Barcelos, 2492 – Porto Alegre
CEP 90035-003 – RS
E-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br

Percepção de Alunos de Medicina com a Dramatização: uma Experiência Pedagógica

An Educational Experience: Medical Students' Views on Roleplays

Adriana Teixeira Pereira¹
Dante Marcello Claramonte Gallian¹
Prof. Dr. Valdir Reginato¹
Maria A. Craice De Benedetto¹

PALAVRAS-CHAVE

- Métodos de Estudos da Matéria Médica;
- Humanização da Assistência;
- Comunicação em Saúde;
- Cuidados Médicos.

KEYWORDS

- The Methods of Study;
- Humanization of Assistance;
- Health Communication;
- Medical Care.

RESUMO

O objetivo deste estudo é compreender a percepção dos alunos do segundo ano de Medicina acerca das práticas pedagógicas relacionadas à relação médico-paciente empregadas pela disciplina de Psicologia Médica numa universidade pública em São Paulo nos anos 2013-2015. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada na análise de conteúdo temático-categorial de narrativas obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas. Quatro categorias emergiram das narrativas: a percepção dos alunos; as repercussões emocionais; as expectativas dos discentes; e propostas para aprimorar o modelo pedagógico adotado. O role-playing mostrou-se um instrumento de experiência de sensações algumas vezes prazerosas e outras nem tanto, mas que pôde colaborar na preparação dos estudantes para sua futura relação com os pacientes. Os alunos preferiram discutir casos reais e não fictícios, se possível com a participação de médicos formados.

ABSTRACT

The purpose of this study is to understand second-year medical students' views on pedagogical practices related to the doctor-patient relationship administered under the subject of Medical Psychology at a public university in São Paulo from 2013-2015. A qualitative research project, the study focused on content analysis of narratives obtained from semi-structured interviews. Four categories emerged from the narratives: students' perceptions; emotional repercussions; students' expectations; and proposals for improving the pedagogical model adopted. Role-playing proved to serve as an instrument for experiencing emotions that were sometimes pleasant and sometimes unpleasant, but that could help prepare students for their future relationships with patients. Students preferred to discuss real-life instead of fictitious cases with the participation of trained doctors.

Recebido em: 31/01/2015

Aprovado em: 04/01/2016

INTRODUÇÃO

Na condição humana, comunicar-se é um vínculo necessário à sobrevivência e ao desenvolvimento pessoal. Desde sempre, a comunicação é o elo que nos mantém socialmente vinculados diante de atitudes que se constituíram em costumes, hábitos e crenças que forjaram diferentes culturas ao longo da história. As relações da comunicação de vínculo familiar se estenderam à comunidade, às sociedades e atualmente encontram-se na sua forma globalizada¹.

Comunicamo-nos desde o hábitat onde moramos, até onde trabalhamos, nos divertimos, aprendemos e viajamos. Dentre esses vínculos, o universo da saúde se apresenta como terreno peculiar da comunicação. Nele, o ser humano se apresenta fragilizado, necessitado da ajuda dos demais, e é onde encontraremos a figura daquele que o socorre. Este binômio histórico desenvolveu o vínculo humano que deu origem à relação médico-paciente, onde a confiança e o desenvolvimento de meios para poder ajudar constituíram a história da medicina, e cada vez mais vem ganhando espaço na literatura médica, nos âmbitos nacional e internacional².

Nas últimas décadas, o acelerado desenvolvimento científico-tecnológico incrementou uma grande quantidade de instrumentos no sentido de ajudar aquele que sofre. Contudo, paradoxalmente, a utilização inadequada desses mesmos instrumentos distanciou a percepção da pessoa do paciente por parte do profissional que o assiste. Num processo de despersonalização, o paciente foi progressivamente fragmentado na sua assistência. Este fato, denominado desumanização, veio constituir o grande desafio a ser vencido nesta virada de século. E este desafio inicia-se nos bancos da universidade. Esta problemática é um estímulo para os docentes do curso médico, responsáveis por preparar os alunos para a realização da entrevista médica logo nos primeiros anos da formação acadêmica³.

O modelo pedagógico interativo de ensino das técnicas de comunicação aos alunos dos cursos da área da saúde tem sido um grande foco de interesse dos pesquisadores na atualidade, pois se exige uma ampliação de habilidades técnicas, comportamentais, psicoemocionais, relacionais e comunicacionais dos alunos, as quais serão necessárias ao futuro desempenho do exercício profissional. É possível desenvolver e aprimorar essas competências nos estudantes por meio de um processo de ensino-aprendizagem prático e vivencial ao longo da formação acadêmica^{4,5}.

As Diretrizes Nacionais dos Cursos de Graduação de Medicina enfatizam a relevância social da comunicação na relação entre médico-paciente em seus diferentes aspectos, conforme se lê a seguir:

Artigo 4 – Parágrafo III – Comunicação: “os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.”⁶

Da mesma forma, estudos apontam a valorização do tema nas políticas públicas de saúde de acordo com a cultura e currículo médico local^{7,8,9}. Assim, torna-se necessário maior investimento no treinamento das entrevistas clínicas desde a formação acadêmica, a fim de facilitar o aprendizado dos estudantes na área da saúde frente à prática comunicacional e relacional¹⁰⁻¹⁵.

Neste cenário, não podemos negar a importância da avaliação do currículo médico segundo a reflexão dos próprios alunos de Medicina, que são o objetivo central nesta formação. Tal importância se deve ao fato de os estudantes, futuros médicos, estarem diretamente envolvidos na construção da própria identidade profissional¹⁶⁻²⁰. Nesta linha, é fundamental discutir os problemas político-pedagógicos vivenciados pelas instituições acadêmicas ao longo do processo de ensino-aprendizagem durante a graduação médica, como, por exemplo, o papel da docência e da educação continuada^{21,22,23}.

Nas últimas décadas, o modelo de aprendizado alicerçado na transmissão direcionada do conhecimento professor-aluno passou a privilegiar os trabalhos que promovam maior interatividade entre docentes e discentes. Quando promovida em trabalhos de grupos que inter-relacionam teoria e prática durante o processo de ensino-aprendizagem das técnicas de comunicação verbal e não verbal, a construção do conhecimento é obtida de forma coletiva, interativa e facilitadora, o que tem sido relatado como fator de motivação dos alunos²⁴⁻²⁸.

O modelo pedagógico que favorece a interação docente-discente numa reflexão que facilite ao estudante elaborar conceitos pertinentes à sua formação médica num contexto mais amplo tem sido empregado em diferentes áreas que surgiram na saúde. Com o intuito de valorizar o modelo biopsicossocial – isto é, não focar apenas os sintomas e as doenças físicas (modelo biomédico), mas, sim, “ampliar a visão da esfera do ser”²⁹ –, surgem a Psicologia da Saúde, a Medicina Psicossomática e a Psicologia Médica, em que os aspectos psicoemocionais e culturais da pessoa se associam na avaliação da dimensão da qual ele enfrenta algum tipo de enfermidade³⁰⁻³⁴.

Neste contexto, promover um processo facilitador de ensino-aprendizagem que se desenvolva mediante a articulação entre a academia e o contato com a comunidade é um dos

principais objetivos da grade curricular. É preciso promover a aproximação dos estudantes de Medicina com a vida cotidiana das pessoas, propiciando um olhar crítico voltado a uma reflexão acerca da situação de saúde da população e dos serviços de saúde^{35,36,37}. As atividades práticas durante a graduação médica tendem a favorecer nos estudantes a adesão de novos conhecimentos, como também propiciam maior autonomia frente à tomada de decisões por meio das discussões de casos clínicos³⁸⁻⁴³.

Atualmente, a disciplina Psicologia Médica apresenta-se no currículo regular (não opcional) do primeiro ao quinto ano do curso de Medicina numa universidade pública de São Paulo e é desenvolvida em pequenos subgrupos de 20 alunos de forma prática, vivencial e interativa. A principal meta é prepará-los para a prática da entrevista médica. O aprendizado está pautado no estudo da relação interpessoal e na importância da qualidade da comunicação na relação médico-paciente^{44,45}.

Partindo da ideia de educação continuada, objetivam-se novas iniciativas para tentar oferecer um programa de ensino qualificado ao longo da graduação do curso médico de forma satisfatória. A ideia é continuar propondo a inter-relação entre teoria e prática logo no início da formação médica⁴⁶.

O objetivo desta atividade prática é ampliar competências e habilidades técnicas, comportamentais, psicoemocionais, relacionais e comunicacionais dos estudantes. A formação médica não pode estar restrita ao conhecimento técnico de determinado procedimento em que não ocorra a participação de outros seres humanos. Ser médico exige associar uma habilidade técnica inserida na contextualização de percepções afetivo-emocionais inerentes a todas as pessoas. Portanto, trabalhar os aspectos da comunicação verbal e não verbal e enfatizar o respeito ao estilo pessoal de cada aluno-entrevistador são aspectos fundamentais na prática clínica em circunstâncias difíceis, a exemplo da comunicação de más notícias⁴⁷.

Vale ressaltar que neste artigo iremos focar apenas a questão didática e metodológica do processo de ensino-aprendizagem das aulas de Psicologia Médica (filmagens das dramatizações) no que concerne às técnicas de comunicação na relação médico-paciente de forma breve e sucinta, porém, aprofundada, tendo em vista a inspiração e o sucesso de várias pesquisas publicadas na área sobre esse tema relevante.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é compreender a percepção dos alunos do segundo ano de Medicina acerca das práticas pedagógicas relacionadas à relação médico-paciente ministradas pela disciplina de Psicologia Médica numa universidade pública em São Paulo nos anos 2013-2015.

MÉTODOS

Esta investigação em campo foi realizada ao longo de um semestre da disciplina Psicologia Médica durante um período de seis meses. Optou-se por métodos qualitativos, dada a natureza das questões a serem investigadas.

A metodologia de ensino adotada desenvolveu-se ao longo de seis horas, distribuídas em três reuniões com duração de duas horas, cujo foco principal é a entrevista médica. Como recursos materiais foram utilizados uma sala ampla, uma televisão, uma filmadora, um gravador de áudio e material didático. Representando os recursos humanos, contamos com um coordenador (médico), um professor (psicólogo), três professores assistentes de programas de pós-graduação e 20 alunos por turma.

Cada reunião se voltou para temas específicos, conforme descrito a seguir:

- Primeira reunião: fase de recepção – acolhimento do paciente;
- Segunda reunião: fase exploratória – histórico de vida, solicitação de exames;
- Terceira reunião: fase resolutiva da entrevista – resultados dos exames, diagnóstico, tratamento (intervenção e encaminhamento).

A abordagem das aulas teve como enfoque principal a atividade prática e a construção coletiva do conhecimento por meio das discussões. A prática dramática foi realizada por meio da técnica de *role-playing* (jogo de papéis) e envolveu a participação dos discentes-docentes. As cenas foram filmadas e, em seguida, todos os participantes assistiram às apresentações na íntegra, na mesma reunião, o que permitiu uma observação detalhada das percepções sobre postura, linguagem, e comunicação verbal e não verbal de cada aluno-entrevistador.

Os dados foram obtidos das seguintes fontes: observação participante, com composição de diário de campo a cada encontro semanal; *insights* advindos das reuniões e supervisões com a equipe responsável pela disciplina de Psicologia Médica; entrevistas individuais semiestruturadas de 28 estudantes.

Em relação ao tamanho da amostragem, adotou-se o critério de saturação⁴⁸, significando que, à medida que se repetiam os temas com maior frequência, estes foram sintetizados para maior compreensão dos objetivos propostos neste trabalho de cunho qualitativo.

Os dados coletados foram analisados e discutidos de acordo com Bardin⁴⁹. A análise de conteúdo pauta-se pelas ciências humanas, possibilitando diversos olhares sobre o conteúdo verbalizado. É um conjunto de técnicas de tratamento de dados que possibilita analisar comunicações com o intuito de desvelar o que está oculto e implícito, permitindo colocar em

evidência o encoberto, medindo o discurso político e verificando as redes das comunicações formais e informais de uma instituição.

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p.42)⁴⁹

Esta pesquisa qualitativa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o nº 257.039, sendo aprovado pelo parecer substanciado nº 269.004. O número de registro na Sisnep CAAE é 14330513.9.0000.5505. Este projeto de mestrado ocorreu entre os anos 2013-2015 e atende à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre os estudos envolvendo seres humanos. As entrevistas foram gravadas com a anuência dos participantes, sendo que todos os discentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sido informados de que o anonimato seria preservado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa procurou abarcar uma condição em que a disciplina de Psicologia Médica se lançou a este desafio com o envolvimento de seus docentes ao coletar críticas e sugestões de estudantes do segundo ano de Medicina mediante entrevistas semiestruturadas. Uma vez colhidos e analisados os dados, os resultados apontaram quatro categorias temáticas e 16 subcategorias, em que os estudantes apresentaram diversas opiniões sobre as aulas práticas, vivenciais e interativas.

Na primeira categoria de análise, denominada “a percepção dos alunos”, foram apresentadas as seguintes subcategorias: metodologia das aulas práticas com *role-playing* e vídeo *feedback* interativo; dissociação entre teoria e prática no processo ensino-aprendizagem (pacientes reais e fictícios); comunicação verbal e não verbal na relação humanizada entre médico e paciente; participação de todos os alunos; visão integral do cuidado na abordagem biopsicossocial.

A metodologia interativa, que propicia a troca de experiências, serviu como modelo de ensino-aprendizagem vantajoso, que estimula a reflexão e a discussão de casos clínicos, conforme citado pela literatura⁵⁰⁻⁵⁴:

[...] Inusitado! Na verdade, não imaginaria que na graduação a gente tivesse uma experiência desse tipo. Porque, antes mesmo de você ter o contato com o paciente, aqui nas aulas você aprende a se comportar, mesmo sem ter algum contato

com ele na prática. Foi bem curioso, útil e proveitoso... (Participante 2)

No entanto, tais reações nos mostram o desafio representado pela introdução de modelos que transcendem as aulas formais e que exigem maior grau de reflexão e participação ativa dos estudantes. Isto provocou surpresa a ponto de alguns se sentirem incomodados pela experiência realizada.

[...] Algumas pessoas incomodadas perdiam a paciência, mas o tempo era limitado, parecia que, quando a discussão estava começando, aí quebrava, terminava, demorava um bom tempo para as pessoas se desinibirem e, quando começavam a falar, aí o tempo acabava, cortava a discussão... (Participante 16)

Por outro lado, os estudantes demonstraram compreender a necessidade de estudar a comunicação na relação médico-paciente como processo essencial durante a formação médica. Revelaram que a comunicação é a base para propiciar um atendimento de qualidade aos pacientes e familiares. Alguns valorizaram, para o aprendizado, a participação com pacientes fictícios. Contudo, na percepção de outro grupo, um dos fatores determinantes do sucesso do ensino-aprendizagem é a realização de práticas metodológicas e didáticas que se baseiem em experiências de casos verídicos em ambientes reais, como situações que poderiam tornar o ensino mais efetivo.

[...] Foi legal. Não descarto essa experiência, mas poderia ter aprendido mais. Acho que mesmo agora, no segundo ano, poderiam levar a gente para cenários mais reais ou trazer profissionais que contem suas experiências e expliquem como conduzir uma entrevista ou consulta... (Participante 15)

[...] É papel da equipe da Psicologia Médica enfatizar a participação de todos, porque nem todos participam. Eu acho que ela deveria não obrigar, até porque acho pesada a palavra “obrigar”, mas tentar! Acho que dessa forma a discussão fica mais rica e produtiva... (Participante 2)

[...] Na clínica eles focam o modelo biomédico, verifiquem a doença e receitem o remédio, porque o seu tempo será entre 7 e 15 minutos. É contraditório o ensino da clínica com as aulas. Já na Saúde Coletiva, eles falam pra gente focar a realidade psicossocial... (Participante 12)

Nestas condições, as aulas de comunicação são um ponto de referência para uma abertura que procura conciliar a importância do trabalho numa abordagem biopsicossocial e, portanto, que exige a interdisciplinaridade – Medicina, Psi-

quiatria, Psicologia, Enfermagem, entre outros campos de atuação –, enfatizando a abordagem integral do cuidado humanizado ao paciente e à comunidade; valorizando os aspectos afetivo-emocionais dos envolvidos neste processo⁵⁵; e compatibilizando seus objetivos com as solicitações elencadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina⁶.

Na segunda categoria de análise, sobre “as repercussões emocionais dos alunos” frente à dinâmica das aulas de Psicologia Médica, foram apresentadas as seguintes subcategorias: experiências prazerosas e experiências desprazerosas.

A atividade foi percebida, por alguns, como satisfatória pela possibilidade de estimular reflexões prazerosas provocadas por discussões marcantes procedentes dos impactos e ressonâncias oriundos do trabalho grupal. A experiência acadêmica “prazerosa” surge da discussão de assuntos sérios de forma lúdica, o que favoreceu o processo de ensino-aprendizagem⁵⁶.

[...] Eu me diverti muito, atuei como um paciente nervoso e foi muito legal. Eu gosto da coisa lúdica, teatral, conversar, aula mais informal onde tudo mundo participa; criticam, todos sentam em círculo; eu gosto desse modelo quando dá, então, gostei muito... (Participante 13)

Por outro lado, as pessoas apresentaram maior resistência frente às aulas práticas, devido ao medo de exposição e crítica perante o grupo. Assim, as cenas dramatizadas se tornaram obstáculos no processo de ensino-aprendizagem^{32,33}. Este fato foi verificado na experiência das aulas de Psicologia Médica, avaliadas como desprazerosas, insatisfatórias, ou seja, uma prática isolada, sem objetivos claros, comuns e definidos. Esse desinteresse ocorreu principalmente por parte de alguns estudantes que esperavam uma orientação mais direta dos professores e que perceberam as aulas como uma “caricatura” aplicada “com pouca técnica”, pela simulação do encontro clínico fictício.

[...] Ficou muito caricatural, mas também não sei de que forma isso poderia ser consertado. Achei que os temas eram óbvios, como se apresentar, falar, olhar, conversar com o paciente. Mas eu concordo em que isso deve ser treinado na faculdade, faz parte do perfil do médico, da educação dele... (Participante 11)

Tanto a literatura quanto as narrativas indicaram situações angustiantes vividas pelos alunos no período de transição da formação acadêmica e das expectativas profissionais. É preci-

so dar atenção e medir esforços a fim de promover mudanças na prática docente quanto à valorização das perspectivas dos discentes sobre as transformações curriculares e institucionais necessárias à revisão das estratégias pedagógicas^{32,33}.

Na terceira categoria de análise, sobre “a discussão a respeito das expectativas dos alunos para o seu desempenho futuro”, frente à escolha da carreira profissional médica, foram elencadas quatro subcategorias: motivações e desmotivações do médico; o processo de comunicação na relação médico-paciente; modelo biomédico/biopsicossocial; sistema de saúde público e privado.

Alguns autores, em nosso meio, têm trabalhado a ansiedade do estudante de Medicina desde a sua entrada na faculdade até as perspectivas de um profissional em atuação. Além da pressão social, existe o medo de não corresponder às expectativas dos pais, como também há forte concorrência por uma vaga na graduação médica. O discente, esperançoso e motivado pelos próprios sonhos a se tornar um médico reconhecido e a ajudar o outro, vivencia a realidade dos primeiros momentos da faculdade com dúvidas, inseguranças e frustrações. Tais sentimentos predominam ao longo da formação acadêmica, gerando novos sentidos e significados^{57,58,59}.

Nesta relação de ajuda entre médico e paciente, existe, além das expectativas de atuação profissional, a fantasia representada pelo *status* social de “salvador”, aquele que influencia o processo de cura, entre a vida e a morte do enfermo. E essa questão está também associada à ascensão profissional, diante da possibilidade de se tornar um profissional independente e estável financeiramente, numa posição de destaque social⁶⁰.

[...] Minhas expectativas em relação à futura prática médica sempre são as melhores! Quero transferir tudo que eu aprendi. Quero estabelecer um bom vínculo com os pacientes e extrair informações que preciso da maneira menos incômoda possível... (Participante 27)

Conforme a perspectiva do participante 13, o treino das técnicas de comunicação na relação médico-paciente durante as aulas foi positivo, pois vai além do ensino de princípios teóricos que se distanciam da prática real. A narrativa a seguir pontuou que a educação médica fez essa aproximação ao articular teoria e prática durante o processo de ensino-aprendizagem na disciplina de Psicologia Médica. O modelo de atendimento assistencial sugerido pela Psicologia Médica é o biopsicossocial, e, uma vez ancorado esse conhecimento, deu-se ao aluno a possibilidade de adoção e ampliação de intervenções humanizadas com o paciente e a família.

[...] Eu já entrei no curso com um perfil humanista e preocupado com a comunicação, olhar no olho, cuidar do paciente; entrei querendo cuidar de pessoas e não de doenças. Então, a repercussão é focar esta necessidade de se fazer isso, estas coisas e não de forma mecânica... (Participante 13)

Não faltaram considerações sobre o cenário atual envolvendo a assistência à saúde nos âmbitos público e privado. As narrativas revelam os desafios que se apresentam ao futuro profissional diante do impasse na medicina moderna, na qual temos uma relação de consumismo no setor da área da saúde privada. Por outro lado, a insatisfação geral com o atendimento à saúde no setor público, com uma vasta demanda reprimida e limites de recursos, gerou nos alunos uma visão desmotivacional quanto à atuação neste setor.

[...] Eu percebo que no consultório particular na consulta de uma hora você vê um bom atendimento, top, ou seja, é luxo! Na realidade, quando você vai ao médico no setor público, reclama de dor de cabeça ou gripe, o cara só vai te medicar e nada mais... (Participante 12)

As expectativas em relação ao futuro profissional verbalizadas pelos alunos foram influenciadas pelos primeiros contatos com os desafios da realidade acadêmica, o que indica que os problemas são perceptíveis logo no início do curso médico. Portanto, é necessário formular novas propostas de estratégias pedagógicas de ensino, a fim de minimizar as angústias dos estudantes^{61,62}.

Tanto as narrativas dos alunos em nossa pesquisa quanto a literatura especializada apontam a necessidade de reestruturar a grade curricular e rever as estratégias pedagógicas empregadas na graduação de Medicina para melhor distribuir a carga horária ao longo do processo de formação, como também, aprimorar o treinamento das más notícias^{63,64}.

Na quarta categoria de análise, sobre “as novas propostas dos alunos sobre a prática metodológica da Psicologia Médica”, foram apresentadas seis subcategorias: rever o número de participantes por turma; mudar o espaço físico (local); pontuar a assiduidade, frequência e pontualidade; conciliar teoria e prática (casos reais e fictícios); rever as dramatizações e filmagens; rever a carga horária da disciplina e a grade curricular do curso médico.

[...] Diminuiria os números de participantes em grupo para não gerar tanta ansiedade frente ao grupo grande. No começo da aula, acho que tem de deixar a turma mais solta. E quem for de fato participar deve agir de maneira normal e espontânea. Eu aumentaria o número de filmagens... (Participante 1)

[...] Mudaria o espaço físico porque é longe; a carga horária, porque eu acho que duas horas são poucas, em vez de ser das 10h às 12h, eu colocaria das 8h às 12h. Desta forma, teria mais tempo para as discussões... (Participante 10)

[...] Outra ideia é trazer alguém próximo a nós, um residente, um interno, um médico externo para compartilhar das experiências para explicar para a gente como é que se fala com o acompanhante e trazer casos reais para discutir... (Participante 10)

[...] Minha sugestão é continuar fazendo inicialmente o role-playing que a gente já faz no segundo ano, e depois continuar no quarto e/ou quinto ano, quando a gente já estiver atendendo os pacientes reais; ter alguém observando a forma como a gente atende e conversa com os pacientes... (Participante 20)

As pesquisas afirmam que o treinamento das habilidades comunicacionais deve ser aprimorado durante a formação médica. Nesse processo, é indicado que o estudante aprenda a estabelecer uma relação interpessoal de parceria com o paciente durante o encontro clínico a fim de facilitar essa proximidade com ele^{65,66}.

A proposta deve se expandir para uma análise de todo o contexto institucional em relação ao ensino médico atual, e não apenas responsabilizar uma pequena amostra dos envolvidos neste cenário pedagógico. Para isto, é fundamental compreender que estas iniciativas não são somente dos docentes, mas também das instituições de ensino superior, para a garantia de educação continuada também na formação pedagógica de seus professores de forma permanente e adequada⁶⁷⁻⁷⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas permitiu detectar a experiência afetiva marcante nos estudantes em trabalhar com a importância da comunicação na relação médico-paciente e os aspectos relacionados ao processo saúde-adoecimento com o emprego da técnica de dramatização. Apesar disto, um grupo de alunos preferiu o modelo de aulas teóricas, em que os estudantes esperam encontrar respostas mais convincentes dos docentes na indicação de decisões a serem tomadas.

Para alguns alunos, a filmagem das dramatizações foi considerada um recurso facilitador em termos de *feedback* dos professores sobre a prática da entrevista clínica simulada pelos alunos. Para outros participantes, tal medida foi inibidora, o que dificultou a participação integral de toda a turma.

Foi consensual a necessidade de reformular o formato das aulas, inclusive a carga horária, adequar o espaço físico, rever

a metodologia e didática das aulas, assim como o número de participantes por turma e, principalmente, a quantidade de filmagens das dramatizações. Os alunos sugeriram a participação de um médico, residente (externo à disciplina) ou um aluno do internato para que compartilhe suas experiências, como também uma visita externa ao hospital-escola para discutirem casos reais e não fictícios.

Diante da diversidade de opiniões, percebe-se que este estudo representou uma oportunidade de manifestação de ideias e opiniões dos alunos, num processo de reflexão pessoal sobre ideais e expectativas de atuação profissional futura nas circunstâncias do sistema de saúde atual, público e privado. Estas reflexões desencadearam angústias e ansiedades assinaladas pelos estudantes frente à formação médica, que devem ser amparadas, quando necessário, por suporte psicológico.

Espera-se que o compartilhamento da análise dos resultados encoraje o uso deste estudo como ferramenta em futuras pesquisas e que contribua para que os profissionais ligados às atividades docentes persistam na busca por uma educação médica de qualidade.

REFERÊNCIAS

- Matta GC, Moreno AB. Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(48):9-22.
- Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(23):624-7.
- Ramos DLP. *Bioética: pessoa e vida*. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2009.
- Aragão JCS, Silveira COS, Hungria MMH, Oliveira MP. O uso da técnica de role-playing como sensibilização dos alunos de medicina para o exame ginecológico. *Rev Bras Educ Méd* 2009; 33(1):80-3.
- Riera JRM, Cibanal JL, Mora MJP. Usando o role-playing na integração do conhecimento no processo ensino-aprendizagem em enfermagem: avaliação dos alunos. *Texto Contexto Enferm* 2010; 19(4):618-26.
- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES 4/2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
- Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(5):1195-7.
- Pitta AMR, Magajewski FRL, Liberali FR. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde. *Interface (Botucatu)* 2000; 4(7):61-70.
- Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA* 2003; 290(9):1157-65.
- Colares MFA, Andrade ASA. Atividades grupais reflexivas com estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Méd* 2009; 33(1):101-14.
- Kaufman A. Reflexões sobre educação médica: uma abordagem sociocômica. São Paulo; 1998. Doutorado [Tese] – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Santos JO. Contribuição ao estudo dos valores, finalidades e objetivos da educação médica. *Rev Bras Educ Méd* 1987; 11(1):5-11.
- Beltrame RL. A formação do médico: um debate à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais. São Paulo; 2006. Doutorado [Tese] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Monteiro S, Vargas E. Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Brasil. Ministério da Educação. Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2007.
- Gomes MHA. Tradição e progresso técnico: a medicina e o ensino médico na Escola Paulista de Medicina. São Paulo; 1992. Mestrado [Dissertação] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Rossi OS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. *Interface (Botucatu)* 2006; 10(19):93-102.
- Pimenta SG, Anastasiou LC. *Docência no ensino superior*. São Paulo: Cortez; 2005.
- Dubar C. A socialização: construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Pagnez KSMM. O ser professor do ensino superior na área da saúde. São Paulo; 2007. Doutorado [Tese] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Silva, JGS. Educação médica: construindo a profissionalidade. São Paulo; 2003. Doutorado [Tese] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Costa NMSC. A formação e as práticas educativas dos professores de medicina: uma abordagem etnográfica. São Paulo; 2005. Doutorado [Tese] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Wahba LL. Relação médico-paciente: subsídios da psicologia para a educação médica. São Paulo; 2001. Doutorado [Tese] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

24. Martins MCFN. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
25. Arruda BKG. A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); 2001.
26. Perdicaris AAM. Comunicação médica e competência interativa: uma visão semiótica. São Paulo; 1995. Doutorado [Tese] – Pontifícia Universidade de São Paulo.
27. Santos JB, Pires LL, Silva AE, Castro CN. Reflexões sobre o ensino de semiologia clínica. *Rev Bras Educ Méd* 2003; 27(2):147-52.
28. Coelho JT. A cultura como experiência. In: Ribeiro RJ, org. Humanidades: um novo curso na USP. São Paulo: Edusp; 2001. p.65-101.
29. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(3):475-83.
30. Humphris GM, Kaney S. The objective structured video exam for assessment of communication skills. *Med Educ (Oxford)* 2000; 34(11):939-45.
31. Silva Júnior GB, Duarte RP, Menezes AR, Morais AP, Alves AM, Daher EDF. Percepção dos pacientes sobre aulas práticas de medicina: uma outra ausculta. *Rev Bras Educ Méd* 2014; 38(3):381-7.
32. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *BMJ* 1986; 292(6535):1573-6.
33. Nilsen S, Baerheim A. Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it – a focus-group based qualitative study. *BMC Med Educ* 2005; 5:28.
34. Bascunan RM. [Changes in physician-patient relationship and medical satisfaction]. *Rev Med Chil* 2005; 133(1):11-6.
35. Grosseman S. Satisfação com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico. Florianópolis; 2001. Doutorado [Tese] – Universidade Federal de Santa Catarina.
36. Grosseman S, Patrício ZM. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a formação da educação médica. *Rev Bras Educ Méd* 2004; 28(2):99-105.
37. Sisson MC. Identidades profissionais na implantação de novas práticas assistenciais. *Rev Bras Educ Méd* 2009; 33(1):116-22.
38. Waitzkin H. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. *JAMA* 1984; 252(17):2441-6.
39. Tonhom SFR, Higa ER, Pinheiro OL, Hafner MLMB, Moreira HM, Taipeiro EF, et al. Indicadores de avaliação do cuidado individual: subsídios para a formação médica orientada por competência. *Rev Bras Educ Méd* 2014; 38(3):331-6.
40. Machado MMBC, Batista SHSS. Interdisciplinaridade na construção dos conteúdos curriculares do curso médico. *Rev Bras Educ Méd* 2012; 36(4):456-62.
41. Furlanetto E. A formação de professores: aspectos simbólicos de uma pesquisa interdisciplinar. In: Severino AJ, Fazenda IA, org. Formação docente: rupturas e possibilidades. Campinas: Papirus; 2002. p.69-82.
42. Roter DL, Larson S, Shinitzky H, Chernoff R, Serwint JR, Adamo G, et al. Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. *Med Educ (Oxford)* 2004; 38(2):145-57.
43. Cyrino EG, Rizzato ABP. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. *Rev Bras Saúde Mater Infantil* 2004; 4(1):59-69.
44. Garcia MAA, Pinto ATBCS, Odoni APC, Longhi BS, Machado LI, Linek MLS, et al. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. *Rev Bras Educ Méd* 2007; 31(2):147-55.
45. Trindade EMV, Almeida HO, Novaes MR, Versiane ER. Resgatando a dimensão subjetiva e biopsicossocial da prática médica com estudantes de medicina: relato de caso. *Rev Bras Educ Méd* 2005; 29(1):48-50.
46. Sayd JD, Andrade SD, Ribeiro MPD. O aprendizado de semiologia em um currículo tradicional. *Rev Bras Educ Méd* 2003; 27(2):104-13.
47. Jucá NBH, Gomes AMA, Mendes LS, Gomes DM, Martins BVL, Silva CMGC, et al. A comunicação do diagnóstico sombrio na relação médico-paciente entre estudantes de medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Rev Bras Educ Méd* 2010; 34(1):57-64.
48. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(1):17-27.
49. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
50. Machado NJ. Conhecimento e valor. São Paulo: Moderna; 2004.
51. Lazarini CA, Francischetti I. Educação permanente: uma ferramenta para o desenvolvimento docente na graduação. *Rev Bras Educ Méd* 2010; 34(4):481-6.
52. Freire P. Educação como prática da liberdade. São Paulo: Paz e Terra; 2007.
53. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1997.
54. Puccini RF, Sampaio LO, Batista NA. A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social. São Paulo: Ed. Unifesp; 2008.

55. Batista NA, Batista SH, Abdalla IG. Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas. São Paulo: Arte & Ciência; 2005.
56. Millan LR. O curso médico no Brasil. In: Millan LR, Rossi E, De Marco OLN, Arruda PCV, org. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo; 1999. p. 31-42.
57. Millan LR, Arruda PCV. Assistência psicológica ao estudante de medicina: 21 anos de experiência. Rev Ass Med Bras 2008; 54(1):90-4.
58. Villela ALDH. O desenvolvimento da identidade médica. In: Mello Filho J, org. Identidade médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p.161-89.
59. Mello Filho J. Depoimento de Julio Mello Filho ao GRAPAL. In: Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV, org. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p. 260-7.
60. Martins AL. Residência Médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse. São Paulo; 1999. Doutorado [Tese] – Universidade de São Paulo.
61. Araújo D, Peixinho AL. Avaliação qualitativa em medicina: experiência em propedêutica médica na UFBA. Rev Bras Educ Méd 2006; 30(2):20-30.
62. Castro, FC. Os temores na formação e prática da medicina: aspectos psicológicos. Rev Bras Educ Méd 2004; 28(1):38-45.
63. Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? Rev Bras Educ Méd 2007; 31(1):21-30.
64. Victorino AB, Nisenbaum EB, Gibello J, Bastos MZN, Andreoli PBA. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. Rev SBPH 2007; 10(1)53-63.
65. Garcia MAA, Silva ALB. Um perfil do docente de medicina e sua participação na reestruturação curricular. Rev Bras Educ Méd 2011; 35(1):58-68.
66. Dubé CE, O'Donnell JF, Novack DH. Communication skills for preventive interventions. Acad Med 2000; 75(7):45-54.
67. Higa EFR, Hafner MLMB, Tonhom SFR, Taipeiro EF, Moreira HM, Guimaraes APC, et al. Indicadores de avaliação em gestão e saúde coletiva na formação médica. Rev Bras Educ Méd 2013; 37(1):52-9.
68. Almeida Filho N, Santana LAA, Santos VP, Coutinho D, Loureiro S. Formação médica na UFSB: I. Bacharelado interdisciplinar em saúde no primeiro ciclo. Rev Bras Educ Méd 2014; 38(3):337-48.
69. Foresti MCPP, Pereira MLT. Qualidade da docência universitária e formação docente em programas de pós-graduação em saúde: a experiência da Unesp, campus Botucatu. In: Batista NA, Batista SHSS, org. Docência em saúde: temas e experiências. São Paulo: Senac; 2004. p. 210-23.
70. Reginato R, De Benedetto MAC, Blasco PG, Gallian DMC. Humanismo: pré-requisito ou aprendizado para ser médico? Rev Bras Medic 2014; 70(4):10-15.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Adriana Teixeira realizou a pesquisa de campo e realizou análise visando dissertação de mestrado no programa de pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde, sob a orientação de Dante Marcello C. Gallian. Valdir Reginato e Maria Auxiliadora Creice de Benedetto participaram na redação e revisão do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Adriana Teixeira Pereira

Centro de Historia e Filosofia das Ciências da Saúde – CeHFi
Rua Loefgreen, nº 2032

Vila Clementino – São Paulo

CEP: 04040-000 SP

E-mail: atpereira2003@yahoo.com.br

Residência de Pediatria nos Cuidados Primários e o Futuro dos Pediatras em Portugal

Pediatric Training in Primary Care and the Future of Pediatricians in Portugal

Filipa Flor-de-Lima^{I,II}
Fátima Pinto^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Pediatria;
- Atenção Primária à Saúde;
- Educação Médica;
- Formação.

KEYWORDS

- Pediatrics;
- Primary Health Care;
- Medical Education;
- Training.

RESUMO

Introdução: O objetivo do estudo foi conhecer a opinião dos pediatras sobre o estágio de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e suas expectativas relativamente aos Cuidados de Saúde Primários Pediátricos em Portugal. Métodos: Questionário online dirigido a residentes de Pediatria e pediatras de 22 hospitais portugueses de 1 de julho a 31 de agosto de 2010. Foram analisados dados demográficos e profissionais, e suas expectativas relativamente aos CSP. Resultados: Foram enviados 270 e-mails (taxa de resposta de 57%). Quinze (37,5%) supervisionados por pediatras consideraram que a duração ideal do estágio seria de três a seis meses, enquanto 45 (60,8%) supervisionados por médicos de família (MF) consideraram de zero a três meses ($p < 0,0001$). Os inquiridos supervisionados por pediatras ficaram globalmente satisfeitos/muito satisfeitos em 37 (92,5%) casos versus 51 (68,9%) coordenados por MF ($p = 0,005$). Setenta e dois (52,2%) consideraram que a vigilância pediátrica nos CSP deve ser assegurada por MF e pediatras consultores. Oitenta e oito (63,8%) inquiridos gostariam de assumir a função de pediatra consultor nos CSP. Conclusões: O estágio de CSP é importante na formação dos pediatras, e alguns aspetos devem ser melhorados. É necessário investir na saúde pública integrada nos CSP.

ABSTRACT

Introduction: The aim of our study was to identify opinions on training in Primary Care and expectations on the future of Pediatric Primary Care. Methods: An online questionnaire was sent to Pediatric trainees and young Pediatricians at 22 Portuguese hospitals over the period of July 1 to August 31, 2010. Results: Two-hundred and seventy e-mails were sent, with a response rate of 57%. Fifteen (37.5%) of those supervised by Pediatricians considered the optimal training period to be 3-6 months, while 45 (60.8%) supervised by Family Physicians considered the period to be 0-3 months ($p < 0.0001$). Respondents supervised by Pediatricians were largely satisfied/very satisfied with a percentage of 92.5%, versus 68.9% supervised by Family Physicians ($p = 0.005$). Seventy two (52.2%) stated that Pediatric surveillance in Primary Care should be performed both by Family Physicians and Pediatric consultants. Eighty eight (63.8%) respondents would like to assume the future role of Pediatrician in Primary Care. Conclusions: Training in primary care is important to pediatricians' training and some aspects should be improved. Investments must be made into public health integrated with primary care.

Recebido em: 31/05/2014

Aprovado em: 04/09/2015

^I Department of Pediatrics, Hospital Pediátrico Integrado, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal.

^{II} Family Health Care Unit Aníbal Cunha, Agrupamento de Centros de Saúde Porto Ocidental, Porto, Portugal.

INTRODUCTION

The current Portuguese Pediatric training program was published in 1996. It has sixty months duration and is divided into two distinct periods: the first three years based on basic training and the last two years based on specialized training. Pediatric training in Primary Care in Portugal, created in 1996 has six month duration included in the first period of training¹. It can be supervised by Pediatricians or by General Practitioners/Family Physicians (GP/FP), depending on the availability of the centers. Since that time training in Primary Care was never been revised despite some limitations and controversies². Another aspect that needs to be pointed out is the role of Pediatricians in Primary Care which is not well established in public health system. In Portugal there are fewer Pediatricians in the Primary Care of the public health system contrary to what happens in private health care system.

The aim of this study was to know the opinions and outlook of Pediatric trainees and young Pediatricians about current Pediatric training in Primary Care and their expectations about the future of Pediatricians in Primary Care.

METHODS

We performed a cross-sectional and multicenter study between 1st July and 31st August 2010. An on-line and anonymous questionnaire was sent by e-mail to both Pediatric trainees and young Pediatricians (those who finished the pediatric training from 2000 to 2010) from 22 Portuguese hospitals. Informed consent was given when trainees and Pediatricians filled out the questionnaire. The first part of the questionnaire was about demographic and professional data and the second part included twelve multiple choice questions about the current state of training and expectations about Pediatric training in Primary Care in Portugal.

Statistical analysis was performed by *SPSS Statistics v.20*[®] program (IBM, USA). Categorical variables were characterized by absolute and relative frequencies. To compare categorical variables we used Chi-Squared test, Fisher's exact test (for expected values less than 5) and Monte Carlo test (tables 2×2). P value less than 0.05 was considered statistically significant.

RESULTS

Two-hundred and seventy e-mails were sent and 145 (53.7%) valid answers were obtained (response rate of 57%). Demographic and professional data is reported in Table 1.

The group supervised by Pediatricians considered that training in Primary Care should have 3-6 months duration in

37.5% and 6 months duration in 30% while the group supervised by GP/FP considered an optimal duration from 0-3 months in 60.8% ($p < 0.0001$). Responders supervised by Pediatricians were globally satisfied/very satisfied in 92.5% versus 68.9% of those supervised by GP/FP ($p = 0.005$). Responders were satisfied/very satisfied about theoretical and practical skills at the end of Pediatric training in Primary Care in 87.5% and 97.5%, respectively, in group supervised by Pediatricians and in 44.6% and 82.4% in the group supervised by GP/FP ($p < 0.0001/p = 0.033$); about professional development in 92.5% in the group supervised by Pediatricians and 74.3% in the group supervised by GP/FP ($p = 0.024$) and about scientific activity in 80% in the group supervised by Pediatricians and 50% in the group supervised by GP/FP ($p = 0.002$). General characteristics of the Pediatric training in Primary Care are summarized in Table 2.

TABLE 1
Demographic and professional characteristics (n=138)

Gender	n (%)
Male	28 (20.3)
Female	110 (79.7)
Mean age, years (\pmSD)	30.8 (\pm 3.7)
Professional category	n (%)
Pediatric trainee	95 (68.8)
Pediatrician	43 (31.2)
Regional health administration	n (%)
Northern	101 (73.2)
Central	14 (10.1)
Lisbon and Tejo Valley	9 (6.5)
Algarve	3 (2.2)
Autonomous regions	11 (8)

The specific characteristics of the Pediatric training in Primary Care according to different type of supervisor are summarized in Table 3. The major difficulties often/always pointed during the Pediatric training in Primary Care according to different type of supervisor (GP/FP versus Pediatricians) were the lack of theoretical knowledge in 21.9%/ 0 ($p = 0.001$); lack of practical skills in 34.2%/10.3% ($p = 0.006$), lack of support in 54.8%/10.5% ($p < 0.0001$).

Seventy-two (52.2%) responders think that surveillance of child and adolescents health in Primary Care should be performed by both GP/FP and Pediatric consultants, 41 (29.7%) by Pediatricians and 2 (1.4%) by GP/FP. Eighty eight (63.8%) responders would like to assume in future the role of Pediatrician in Primary Care in public health system.

TABLE 2
General characteristics of Pediatric training in Primary Care (n=138)

	Supervisor			P
	Global data (n=138)	Pediatrician (n=55)	Family physician (n=82)	
Importance of Primary Care in Pediatric training, n (%)				
Important/very important	104 (75.4)	39 (97.5)	64 (86.5)	0.093 ^y
Little/nothing important	11 (7.9)	1 (2.5)	10 (13.5)	
Optimal duration, n (%)				
0 months	1 (0.7)	0	1 (1.4)	<0.0001 [*]
0-3 months	56 (40.6)	10 (25)	45 (60.8)	
3-6 months	36 (26.1)	15 (37.5)	21 (28.4)	
6 months	16 (11.6)	12 (30)	4 (5.4)	
6-12 months	6 (4.3)	3 (7.5)	(4.1)	
Global satisfaction, n (%)				
Satisfied/very satisfied	88 (63.7)	37 (92.5)	51 (68.9)	0.005 ^y
Little satisfied/unsatisfied	27 (19.5)	3 (7.5)	23 (31.1)	
Skills at the end of Primary Care training, n (%)				
Theoretical	69 (50)	35 (87.5)	33 (44.6)	<0.0001 [§]
Satisfied/very satisfied	46 (33.4)	5 (12.5)	41 (55.4)	
Little satisfied/unsatisfied	101 (73.2)	39 (97.5)	61 (82.4)	0.033 ^y
Practical	14 (10.1)	1 (2.5)	13 (17.6)	
Satisfied/very satisfied				
Little satisfied/unsatisfied				
Professional development, n (%)				
Satisfied/very satisfied	93 (67.4)	37 (92.5)	55 (74.3)	0.024 ^y
Little satisfied/unsatisfied	22 (15.9)	3 (7.5)	19 (25.7)	
Scientific activity, n (%)				
Satisfied/very satisfied	70 (50.7)	32 (80)	37 (50)	0.002 [§]
Little satisfied/unsatisfied	45 (32.6)	8 (20)	37 (50)	

^yFisher exact test; ^{*}Monte Carlo test; [§]Chi-square test

TABLE 3
Specific characteristics of Pediatric training in Primary Care (n=138)

	Type of supervisor		P
	Pediatrician (n=55)	Family physician (n=82)	
Satisfied-very satisfied/ Little satisfied-unsatisfied			
Development evaluation and promotion	39 (97.5)/ 1 (2.5)	62 (83.8)/ 12 (16.2)	0.031 ^y
Promotion of breastfeeding	38 (95)/ 2 (5)	53 (71.6)/ 21 (28.4)	0.003 ^y
Identification of normal deviations	38 (95)/ 2 (5)	56 (75.7)/ 18 (24.3)	0.01 ^y
Fundamentals in pediatric nutrition	38 (95)/ 2 (5)	57 (77)/ 17 (23)	0.017 ^y
Domestic accidents prevention	37 (94.9)/ 2 (5.1)	58 (78.4)/ 16 (21.6)	0.029 ^y
Oral health prevention	38 (95)/ 2 (5)	56 (77.8)/ 16 (22.2)	0.029 ^y
Amblyopia screening	29 (72.5)/ 11 (27.5)	38 (51.4)/ 36 (48.6)	0.029 ^y

TABLE 3
Specific characteristics of Pediatric training in Primary Care (n=138)

	Type of supervisor		
Language evaluation	33 (82.5)/ 7 (17.5)	48 (64.9)/ 26 (35.1)	0.048 [§]
Behavior evaluation	35 (87.5)/ 5 (12.5)	47 (63.5)/ 27 (36.5)	0.007 [§]
Identification and signaling children victims of abuse	32 (82.1)/ 7 (17.9)	41 (56.9)/ 31 (43.1)	0.008 [§]
Routine and sleep habits implementation	36 (92.3)/ 3 (7.7)	55 (74.3)/ 19 (25.7)	0.025 [‡]
Leisure time	33 (84.6)/ 6 (15.4)	46 (62.2)/ 28 (37.8)	0.013 [§]
Toys choose	34 (87.2)/ 5 (12.8)	35 (47.3)/ 39 (52.7)	<0.0001 [§]
Literacy promotion	32 (82.1)/ 7 (17.9)	41 (55.4)/ 33 (44.6)	0.005 [§]
Knowledge about community structures for children and adolescents	33 (82.5)/ 7 (17.5)	35 (47.9)/ 38 (52.1)	<0.0001 [§]
Knowledge about community support for children and adolescents	33 (84.6)/ 6 (15.4)	35 (47.3)/ 39 (52.7)	<0.0001 [§]
Basics of epidemiology	29 (72.5)/ 11 (27.5)	34 (45.9)/ 40 (54.1)	0.007 [§]

[‡] Fisher exact test; [§] Chi-square test

DISCUSSION

Our results show that there are marked differences between the opinion of respondents regarding the training in Primary Care when supervised by Pediatricians or GP/FP. Those supervised by Pediatricians reported that the training in Primary Care should have a longer duration when compared to GP/FP supervision. Also global satisfaction, satisfaction regarding acquisition of theoretical/practical skills, professional development and scientific activity were higher in the first group. Moreover, more difficulties were pointed out when training was supervised by GP/FP. This training is important for the Pediatricians' formation, ideally under Pediatric supervision. Half of the respondents think that surveillance of child and adolescent health in Primary Care should be performed by both GP/FP and Pediatric Consultants. At the end, the majority of the responders would like to work in Primary Care. In general, trainees are more satisfied when supervised by Pediatricians and their training more productive scientifically maybe because Pediatricians are more motivated to teach and their training in the past more specific.

In the majority of the European countries, primary care for children and adolescents is provided by Pediatricians in

competition with GP/FP and in many European countries the Pediatrician is involved mainly in secondary care³. In Portugal, most families use the public health system, in which currently most primary care for the pediatric population is provided by GP/FP. Current pediatric training programs in Europe are not comparable in quality or content, however, European Medical Organizations are working towards standardization of training of European physicians. European Board of Pediatrics defends a common pediatric trunk and complements this with training programs for Primary Pediatric care, Secondary Pediatric care or Tertiary Pediatric care. The basic pediatric training or "common trunk" will have 3 years duration, will provide experience mainly in pediatrics primary and secondary care in both outpatient and in general hospital care³. This program was also suggested by the Portuguese College of Specialty in Pediatrics in 2010⁴. This organization will provide much more time in Primary Pediatric care for those who want to follow this area.

The European Forum for Primary Care highlights the role of primary care as part of the solution of the current and future workforce problem. A multidisciplinary approach is required as a response to changing healthcare needs and integrated

care for people with chronic illness is needed⁵. The European Pediatric Association and Union of National European Pediatric Societies and Associations Committee's recommend that ideally, Pediatricians should be the deliverers of Pediatric Primary care from birth to late adolescence and play an important role both during pregnancy and early adulthood⁶. In Portugal during the 90s, the General Health Department undertook a number of initiatives to develop Community Pediatrics in Portugal, which ultimately did not concretize. In 2008, the Pediatric Consultant was created to renew the connections between Primary Care and Hospital providing periodic consultancy in the area of child and youth health in the Primary Health Care Units⁷. Later, there was a proposal for the creation of the Ambulatory Pediatrics giving differentiated support in Primary Care and providing secondary care but it never was created⁸. Nowadays, a way to avoid the excessive number of Pediatricians without places in Hospitals in our country would be placing more Pediatric Consultants at the Primary Health Care Units allowing the formation of pediatric trainees in the future.

CONCLUSIONS

The Primary care is an important area for Pediatrician's formation and some aspects such as supervision should be improved during Pediatric training. It is necessary to invest in public health integrated with Primary Care and in a based community-oriented care. The authors highlight the emergent reformulation need of the existing training model and the interest of the respondents in Primary Care.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors want to thank all trainees and pediatricians who have participated in this survey.

REFERENCES

1. Programa de formação do Internato Complementar de Pediatria – Portaria n.º 616/96. Diário da República. 1996;252-96.
2. Videira Amaral JM. Opiniões de Internos e Formadores sobre Pós-Graduação em Pediatria. *Acta Pediatr Port.* 2003;34:129-34.
3. Tenore A. Current State of Pediatrics in the European Union – Future. http://globalpediatrics.org/images/2009_Tenore_PPT.pdf. Accessed April, 2013.
4. Direcção do Colégio de Pediatria da Ordem dos Médicos. Programa de Formação em Pediatria: Proposta de Alteração. *Acta Pediatr Port.* 2010;S1.
5. van den Heuvel A, Aarendonk D, Groenewegen P, De Maeseneer J. The European Forum for Primary Care and the European Commission consultation process on the European Workforce for Health: some emerging messages. *Qual Prim Care.* 2009;17:307-9.
6. Barak S, Rubino A, Grguric J, Ghenev E, Branski D, Olah E; EPA/UNEPSA Committee. The future of primary paediatric care in Europe: reflections and Report of the EPA /UNEPSA Committee. *Acta Paediatr.* 2010;99:13-8.
7. Alto Comissariado para a Saúde. Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2004-2008), Missão para os Cuidados de Saúde Primários. *Pediatra Consultor;* 2009.
8. Cordeiro-Ferreira G. Futuro da Prática Pediátrica – Parte 2. *Notas de Pediatria* 2010;1:12-5.

CONFLICTS OF INTEREST AND SOURCES OF FUNDING

The authors declare no conflicts of interest or external funding source for this study.

CORRESPONDING AUTHOR

Filipa Flor-de-Lima
Department of Pediatrics, Hospital Pediátrico Integrado – Centro Hospitalar São João
Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 – Porto – Portugal
E-mail: filipa.flordelima@gmail.com

Abordagem da Violência contra a Mulher no Ensino Médico: um Relato de Experiência

Addressing Violence against Women in Medical Education: an Experience Report

Dinair Ferreira Machado¹

Kátia Cristina Portero McLellan^{II}

Cristiane Murta-Nascimento¹

Elen Rose Lodeiro Castanheira¹

Margareth Aparecida Santini de Almeida¹

PALAVRAS-CHAVE

- Violência contra a Mulher;
- Educação Médica;
- Aprendizado Baseado em Problemas.

KEYWORDS

- Violence against Women;
- Medical Curriculum;
- Problem-Based Learning.

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência sobre a incorporação do tema da violência contra a mulher no ensino médico. O objetivo do estudo foi descrever as correntes teóricas explicativas da violência contra a mulher e as formas de intervenção apreendidas pelos estudantes. Foram realizados dez encontros semanais com um grupo de 12 estudantes e desenvolvidas as seguintes atividades: (a) leitura de um caso de uma mulher em situação de violência, busca na literatura científica; (b) visitas a serviços de atenção primária à saúde e ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social; (c) sistematização dos dados teóricos e práticos para construção do planejamento estratégico; (d) apresentação das atividades realizadas aos demais grupos de alunos. Ao final do módulo, destacou-se o aprendizado de quatro aspectos importantes das implicações do tema para a saúde das mulheres: (a) influência dos fenômenos socioculturais e psicossociais no processo saúde-doença; (b) importância da integralidade no atendimento; (c) a estratégia de saúde da família como facilitadora na detecção e acompanhamento dos casos; (d) violência contra a mulher como um problema de saúde pública pertinente na formação médica.

ABSTRACT

The following article is an experience report on the incorporation of the theme of violence against women in the medical curriculum. The objectives of this study were to describe the theoretical framework of the theme of violence against women and to identify the learning activities acquired by students. The module activities were developed throughout 10 weekly meetings with groups of 12 students, and are as follows: (a) read a study case of a woman in a violent situation and perform a literature review; (b) conduct visits to Primary Health Care Services and a Specialized Reference Center for Social Assistance; (c) systematize theoretical and practical data for strategic planning; and (d) present the activities developed to other student groups. At the end of the module, four relevant learning activities were identified in terms of women's health: (a) the influence of socio-cultural and psychosocial phenomena in the health-disease process; (b) the importance of comprehensive care; (c) the Family Health Strategy as a facilitator in detecting and monitoring cases; and (d) violence against women as a relevant public health problem in the medical curriculum and training.

Recebido em: 30/03/2015

Aprovado em: 06/06/2016

¹ Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

^{II} Institute for Kidney and Endocrine Disorders, Lufkin, TX, USA.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, a violência é reconhecida como um problema de saúde pública de múltiplas causas, multidimensional e com diferentes manifestações. De acordo com documentos da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a violência adquiriu um caráter endêmico em vários países, dado o número de vítimas com sequelas orgânicas e emocionais¹.

É no setor saúde, especialmente nos serviços de urgência, que se concentra grande parte das vítimas de violência, já que a maioria desses casos somente chega a esses serviços ou é detectada por eles quando ocorrem traumas e lesões². Além do visível impacto da violência na saúde da população, é importante ressaltar que esse fenômeno ocorre diferentemente entre os grupos populacionais conforme as faixas etárias e, sobretudo, nas relações de gênero. Portanto, pode-se dizer que, durante as fases da vida, o local, o tipo de violência sofrida e o agressor se distinguem entre homens e mulheres.

Em geral, a violência sofrida pelos homens ocorre em ambiente público e tem como principal agressor os próprios homens, enquanto as mulheres, na maior parte das vezes, sofrem violência no âmbito privado, geralmente em seus domicílios, sendo também os homens os principais agressores³. De acordo com o mapa da violência em 2012, 91,6% das vítimas de homicídios eram do sexo masculino, sendo que essa proporção aumenta quando são considerados somente os jovens (93,3%)^{4,6}.

Embora o número de homicídios das mulheres seja menor em relação ao dos homens, as violências sofridas por elas, muitas vezes, não são computadas nas estatísticas oficiais justamente por não serem reconhecidas suas origens e por se darem de forma velada^{7,8}. Ainda assim, estima-se que, nas mulheres entre 15 e 44 anos, a violência causa mais mortes que o câncer, a malária, as guerras e os acidentes de trânsito⁹.

As formas de praticar a violência contra as mulheres incluem desde assassinatos, abusos físicos e sexuais, estupros, a mutilação genital e violência racial e psicológica. Chama atenção também o fato de os agressores, em sua maioria, serem os próprios parceiros na faixa de 30 a 39 anos de idade e serem parceiros atuais ou ex-parceiros das mulheres⁹.

Este fenômeno passou a ter visibilidade a partir do movimento feminista, que, desde a década de 1980, vem impulsionando o interesse das diversas áreas do conhecimento sobre o assunto. A criação das Delegacias de Defesa da Mulher em 1985 e, posteriormente, a promulgação da Lei Maria da Penha em 2006 foram frutos desse movimento e das intensas lutas pela criminalização da violência contra a mulher¹⁰.

Entre os conceitos utilizados para trabalhar a violência contra a mulher, a violência de gênero vem sendo o mais pertinente para defini-la, pois possibilita uma compreensão am-

pliada das relações socialmente construídas entre homens e mulheres com base nas diferenças biológicas e sociais em situações de interação e reciprocidade, e não separadas^{11,12}.

Desta forma, o gênero passa a ser pensado sob a perspectiva socialmente modelada, ou seja, a partir das classificações de que características são masculinas e femininas para a socialização dos indivíduos desde os primeiros dias de vida. Além disso, o conceito de violência de gênero também abrange a violência intrafamiliar, praticada por parentes consanguíneos, e a violência doméstica, definida pelo local onde ocorre a agressão^{11,12}.

Dada a magnitude do problema, com consequências físicas, psicológicas e sociais, a violência de gênero se configura como um grave problema de saúde pública¹³. Estudos demonstram que as consequências da violência nas condições de saúde das mulheres estão associadas a maiores índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaleia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral, incluindo tentativas de suicídio. Na assistência à saúde, essas mulheres muitas vezes são rotuladas pelos profissionais de saúde como políquelosas e histéricas, justamente pela busca frequente por cuidados em saúde^{14,15}. No Brasil, a Lei 10.778, de novembro de 2003, instituiu a ficha de notificação compulsória para os casos de violência contra a mulher nos serviços públicos e privados de saúde, passando a ser de responsabilidade dos profissionais de saúde a notificação dos casos¹⁶.

Contudo, apesar de o problema ganhar legitimidade e reconhecimento mundial nesse setor, as práticas profissionais continuam aquém do recomendado pelas políticas e normatizações de atendimento, especialmente pelos médicos, que, muitas vezes, pautam os atendimentos em um modelo biomédico e pontual, indo na contramão do modelo da clínica ampliada, que abarca as questões biológicas, psicológicas e socioculturais^{15,17,18}.

Esse cenário contribui para que muitos casos de violência contra a mulher ainda passem despercebidos pelos serviços de saúde, devido à dificuldade dos profissionais em detectá-los, dado o caráter sociocultural do fenômeno.

No cotidiano dos serviços, os sintomas podem ser tratados de forma pragmática e imediatista ou desvendados à luz da história de vida e das relações sociais e familiares. Para isso, o profissional necessita apresentar escuta e visão ampliadas para acolher a queixa de forma integral e interdisciplinar, atuando conjuntamente com profissionais do serviço social e de psicologia e, até mesmo, utilizando recursos externos, como o Judiciário e os meios policiais.

Desta forma, é necessário superar dois desafios para a abordagem dessa problemática na prática médica. O primei-

ro se refere às práticas profissionais, atualmente pautadas no modelo de atendimento biomédico e pontual; e o segundo consiste em identificar situações de risco que antecedem as urgências e emergências hospitalares. Superar esses desafios e abordar o tema da violência na formação médica vão ao encontro das novas diretrizes curriculares do curso médico¹⁹.

Contudo, a abordagem do conteúdo violência só resultará em um olhar ampliado por parte do futuro profissional se o processo de ensino-aprendizagem for pautado em método da aprendizagem baseada em problemas, valorizando as experiências e saberes dos estudantes, e construir espaços de diálogos teóricos e práticos, como se buscou com a presente proposta.

Entende-se que o caráter sociocultural da violência contra a mulher perpassa as trajetórias e experiências de vida dos próprios alunos e, portanto, pressupõe compreender o tema em diferentes perspectivas sócio-históricas, justificando, assim, a proposta do método dialógico para um processo de ensino-aprendizagem emancipatório^{20,21}.

As discussões teóricas desenvolvidas pautaram-se em referenciais das ciências humanas, sociais, biológicas e jurídicas; e a experiência prática se deu por meio de entrevistas com profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), na atenção primária, e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), na proteção social especial de média complexidade.

Considerou-se necessário também que os estudantes reconhecessem nos serviços socioassistenciais da Política de Assistência Social, organizados pelo SUAS, potenciais parceiros para o enfrentamento da violência contra as mulheres, justamente porque essa problemática é um dos focos de atenção desta política nos últimos tempos²².

Dada a trajetória da política de assistência social no Brasil, a mesma ainda hoje é compreendida pela sociedade e por alguns profissionais como prática assistencialista e pontual junto às camadas mais empobrecidas, desconsiderando assim o potencial de transformação da realidade social e outras questões sociais que vão além das condições socioeconômicas e materiais propostas pela política pós-Constituição de 1988, consolidada com a Política de Assistência Social de 2004²³.

Contudo, a Política Nacional de Assistência Social de 2004, base para concepção e implantação do Sistema Único de Assistência Social em 2011 (SUAS/2011), elucida e explicita o caráter da referida política ao dividi-la em dois eixos: (1) benefícios por meio dos programas de transferência de renda, a exemplo do Bolsa-Família e do benefício de prestação continuada; (2) serviços, ações de caráter contínuo e com o objetivo de empoderamento e emancipação dos indivíduos, famílias e comunidade^{23,24}.

Portanto, a partir desses eixos, a política pressupõe duas formas de intervenção. A primeira alia serviços e benefícios, ou seja, busca empoderar e emancipar indivíduos e famílias de baixa renda. A segunda atua com indivíduos e famílias que estão em situação de vulnerabilidade, mas não necessariamente a socioeconômica. A violência contra a mulher se configura como importante exemplo de prática que pode incorporar apenas o eixo serviços, visto que o fenômeno violência ocorre em todos os níveis socioeconômicos^{23,24}.

Ressalta-se, ainda, a importância da intersectorialidade nas ações junto à demanda prevista não somente pelas políticas de saúde e de assistência social, mas também pela Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), que prevê em seu Art. 9º que “as ações prestadas às mulheres em situação de violência devem estar articuladas de acordo com os princípios e diretrizes previstos no Sistema Único de Assistência Social, no Sistema Único de Saúde e no Sistema de Segurança Pública”¹⁰.

O SUAS e o SUS possuem organização e estrutura semelhantes, ambos são divididos por níveis de atenção e têm como foco de atendimento o território e suas famílias. O SUAS redefiniu os serviços socioassistenciais de modo hierarquizado em dois níveis de atenção: proteção social básica e proteção social especial.

A proteção social básica é representada, nos territórios, pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), equivalente à Atenção Primária à Saúde (Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde). Estes locais constituem a porta de entrada para a política de assistência social dos municípios e têm a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos e realizar a prevenção e promoção dos vínculos familiares e comunitários²⁴.

O serviço de proteção social especial se divide em média e alta complexidade. A média complexidade é representada pelo CREAS, cujo nível de atenção equivale ao nível secundário de saúde. A finalidade do CREAS é ofertar serviço especializado continuado às famílias e indivíduos que estejam em situação de risco social e pessoal por causa da violação de direitos e vínculos sociofamiliares fragilizados. As ações do CREAS visam fortalecer os vínculos familiares e comunitários²⁴.

Diante desse cenário, a violência contra a mulher foi um dos temas incorporados para debate com estudantes do terceiro ano médico no ano de 2014, em um dos módulos da Disciplina de Saúde Coletiva III. O módulo teve como objetivo possibilitar aos alunos a compreensão dos fundamentos do planejamento e da organização do Sistema Único de Saúde quanto aos cuidados e problemas de saúde pública, resguardando os fundamentos éticos da prática médica.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência de docentes da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista (UNESP), acerca do tema violência contra a mulher, trabalhado com 12 alunos do terceiro ano médico. O tema foi incorporado no Módulo 1 da Disciplina de Saúde Coletiva III por meio de um problema da vida real. O método de ensino foi a aprendizagem baseada em problemas, que considera o protagonismo dos estudantes na busca e construção do conhecimento.

A escolha da educação problematizadora nessa disciplina vem ocorrendo desde 1999, justificada pela importância de aproveitar as experiências significativas dos alunos para a construção do conhecimento em grupo²⁵. Desta forma, priorizou-se nesta experiência a aprendizagem por descoberta no intuito de problematizar o tema a partir do conhecimento prévio dos alunos, contribuindo para que eles assimilassem novos conceitos, como violência de gênero, formas de detecção, rede de atendimento das situações de violência, questões jurídicas e leis de proteção²¹.

As atividades direcionaram-se de acordo com os princípios gerais da aprendizagem baseada em problemas: (1) ensino centrado no aluno e visando fortemente ao seu processo de aprender; (2) responsabilização do aluno por sua aprendizagem; (3) consideração de aprendizagens anteriores; (4) aprendizagem ativa, interativa e colaborativa^{26,27}.

Foram incluídas aulas dialogadas para fundamentação teórica, leitura de material didático, discussões em grupo, entrevistas e observação de situações concretas.

A Disciplina de Saúde Coletiva III ocorre ao longo de todo o terceiro ano médico e se divide em quatro módulos: (1) Planejamento de intervenções em problemas de Saúde Pública; (2) Nutrição em Saúde Pública; (3) Encontros com a Ética; (4) Organização da Atenção à Saúde. Atualmente, os estudantes estão divididos em sete turmas de 12 estudantes.

No Módulo 1 – Planejamento de intervenções em problemas de Saúde Pública, no qual se discutiu o tema do presente relato de experiência, as atividades apresentam as seguintes características: Aulas teóricas: Os conteúdos são utilizados para fundamentar as reflexões e desenvolver a capacidade crítica, para, posteriormente, confrontá-la com a prática. Atividades em grupo com o professor-tutor: São as atividades centrais. Compõem-se de apresentação de conteúdos teóricos, discussão que correlaciona o tema discutido com outros conhecimentos e práticas, entrevistas e visitas a instituições de saúde. Apresentação em grupo misto: Ao final do módulo, cada aluno apresenta a síntese do trabalho desenvolvido no seu grupo em novos grupos compostos por alunos de todos

os grupos. Essa atividade visa: propiciar aos alunos a oportunidade de conhecerem o trabalho dos outros grupos, por meio do relato das diferentes experiências; estimular o aluno a se apropriar do conteúdo elaborado no seu grupo e a desenvolver a capacidade de apresentar os pontos fundamentais de forma sintética; desenvolver a habilidade de comunicação oral.

Os estudantes são avaliados de maneira formativa, conforme a participação em cada atividade; avaliação da apresentação oral individual no grupo misto; avaliação do relatório individual do trabalho do grupo; e avaliação escrita individual sobre o tema.

Em 2014, as atividades do Módulo 1 foram desenvolvidas de janeiro a abril por meio de dez encontros semanais nos quais se realizaram as seguintes atividades: (a) leitura crítica do caso de uma mulher em situação de violência, identificação das possíveis causas e reflexões sobre a literatura do tema; (b) visitas a dois serviços de Atenção Primária à Saúde (Unidade Básica de Saúde tradicional e Unidade de Saúde da Família) e ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); (c) sistematização dos dados teóricos e práticos, e construção da árvore explicativa do problema e do planejamento estratégico; (d) apresentação do caso de violência contra a mulher e a trajetória de atividades realizadas pelo grupo para os demais estudantes.

RELATANDO A EXPERIÊNCIA

Leitura crítica de um caso de violência contra a mulher e imersão teórica

No primeiro encontro, os alunos leram o caso de uma mulher em situação de violência implícita: “Mulher de 36 anos, professora, mãe de dois filhos, de 5 e 11 anos. Freqüentadora assídua da Unidade de Saúde da Família, nos atendimentos refere dores de cabeça, dores na pelve, ansiedade, tristeza, dificuldades de cuidar da casa e dos filhos. Além disso, se queixa de insônia, pesadelos, desânimo e falta de apetite. Já foi convocada várias vezes pela escola por causa da indisciplina e do comportamento agressivo dos filhos, os quais inclusive foram encaminhados ao posto para atendimento psicológico. Exames laboratoriais normais, mas sem melhora no tratamento”.

Posteriormente, foi utilizada a técnica de *brainstorming* (“tempestade de ideias”) para explorar as possibilidades de ideias criativas do grupo sobre o tema da violência contra a mulher.

Geralmente, essa técnica é utilizada nas Ciências Sociais e humanas com o objetivo de suscitar novas ideias sobre determinado tema e estratégias de solução. O uso em grupo se torna mais eficaz porque desperta um número maior de ideias

do que individualmente, contribuindo, assim, para ampliar o conhecimento do grupo²⁸⁻³¹.

Em seguida, diante da diversidade de sugestões e hipóteses levantadas, o grupo descartou algumas ideias e aglutinou outras por similaridade. Desta forma, os estudantes elencaram e classificaram os determinantes biopsicossociais que envolvem as mulheres em situação de violência e o papel dos serviços de saúde, dividindo-os, para aprofundamento teórico, nos seguintes temas: (a) construção histórica e social da violência contra a mulher; (b) criminalização da violência contra a mulher; (c) violência e seu impacto na saúde das mulheres; (c) serviços de atenção primária e a violência contra a mulher.

Com base nesses temas, cada dupla de estudantes trouxe, no encontro seguinte, questões teóricas que foram problematizadas no grupo. O movimento feminista foi destacado como um divisor de águas para o reconhecimento da violência contra a mulher e para a criação da Lei de coibição dessa forma de violência. Entre os determinantes que impactam o processo de saúde e de doença das mulheres em situação de violência, foram destacados: depressão, ansiedade, crises de pânico, insegurança e baixa autoestima.

Os estudantes também conseguiram perceber fatores que podem predispor as mulheres a sofrer violência, como: uso de álcool e outras drogas pelo agressor, desemprego, socialização dos gêneros, dependência financeira e medo. Quanto aos serviços de atenção primária, a discussão focalizou a invisibilidade do problema para os serviços de saúde; a falta de capacitação dos profissionais para detectarem um problema de cunho social; o modelo de atendimento baseado no biológico; e a ausência de discussão do tema na graduação médica. Além disso, foi discutida a importância de um trabalho intersetorial como estratégia de ação para intervenção sobre o tema.

As visitas

Impressões da visita ao Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS)

O CREAS foi um dos serviços visitados pelos alunos. Antes da visita, foram problematizadas, em aula, a organização da política de assistência social e a consolidação do Sistema Único de Assistência Social, por meio dos serviços de proteção social básica e proteção social especial.

No município de Botucatu, o CREAS formalizou parceria com a Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) com o objetivo de realizar a busca ativa dos casos de mulheres em situação de violência. Mensalmente, são encaminhadas cópias dos Boletins de Ocorrência dessa natureza aos profissionais de referência no CREAS, para que se realize a busca ativa e o atendimento oportuno a essas mulheres.

A visita a esse local possibilitou aos alunos compreender o funcionamento do SUAS e conhecer as ações desenvolvidas pelo CREAS do município. Além disso, os alunos reconheceram as interfaces com a saúde, apreendendo, mais especificamente, a dinâmica e as implicações que envolvem as ações de saúde e de assistência social nos casos de violência contra a mulher. Essa vivência despertou nos alunos um olhar interseccional e uma perspectiva para além dos serviços de saúde, mas que pode impactar a saúde diretamente.

Impressões da visita à Unidade Básica de Saúde (UBS)

O outro serviço visitado foi uma policlínica constituída por equipe multiprofissional, área de abrangência extensa e livre demanda. Nessa visita, os estudantes perceberam a dificuldade da equipe em detectar a violência contra a mulher. De acordo com o relato da equipe de enfermagem, não havia casos de violência contra a mulher naquela região. A UBS em questão está localizada numa região do município com alta prevalência de prostituição, e, portanto, esperava-se encontrar uma proporção considerável de casos de mulheres em situação de violência. Uma das hipóteses para a ausência de registro de casos de agressão poderia estar relacionada à agressão velada, ou seja, a não procura das profissionais do sexo por atendimento médico e a não apresentação de notícia-crime à polícia. De acordo com a reflexão realizada pelo grupo, os profissionais da unidade de saúde não estariam preparados para identificar as questões de violência por trás das comorbidades físicas devido à falta de escuta e de acolhimento da demanda de maneira holística.

Impressões da visita à Unidade de Saúde da Família (USF)

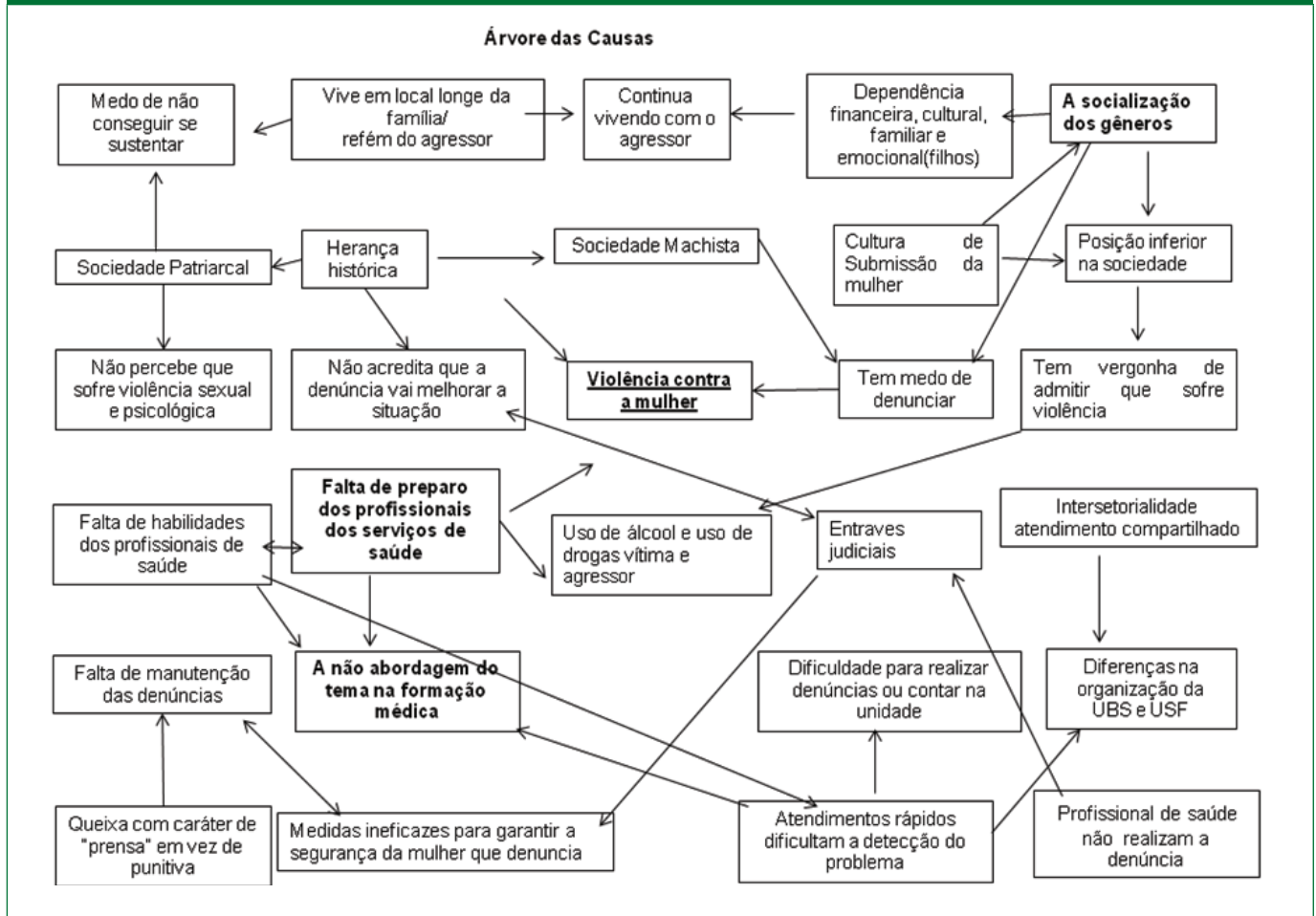
O último serviço visitado foi uma Unidade de Saúde da Família, que, diferentemente da policlínica, não referiu dificuldades na detecção dos casos de violência contra a mulher. Segundo os estudantes, neste serviço, a equipe estava apta a detectar os casos por detrás das queixas e procuras recorrentes na demanda espontânea. Outros fatores apontados que poderiam favorecer a detecção dos casos de violência na USF foram a presença do agente comunitário de saúde, o vínculo e a proximidade da população atendida.

Em relação ao vínculo, a figura do agente comunitário foi considerada de grande importância. Por se tratar de um indivíduo da comunidade, que faz visitas periódicas às famílias, as vítimas podem ter esse profissional como uma figura de confiança, com quem se sentem confortáveis em expor suas demandas.

Durante a entrevista, foi enfatizada, ainda, a importância do trabalho conjunto com os Núcleos de Apoio à Saúde da Fa-

FIGURA 1

Árvore de causas proposta pelo grupo de estudantes do terceiro ano médico sobre a violência contra a mulher



mília (Nasf), que também podem contribuir para o atendimento desses casos, tendo em vista o caráter multiprofissional da equipe.

Sistematização dos dados teóricos e práticos, construção da árvore de causas e da planilha de operações

Após a leitura do caso, busca e reflexão de estudos científicos sobre o tema na literatura e visitas aos serviços do município que atendem à referida demanda, o grupo de estudantes, mediado pelo docente, construiu uma árvore de causas sobre o fenômeno.

As diferentes explicações destacadas pelo grupo na árvore de causas (Figura 1) foram agrupadas nas seguintes dimensões: (a) questões socioculturais: cultura de submissão, dependência financeira e afetiva do companheiro, herança intergeracional, forma de socialização patriarcal e não entende

as agressões como forma de violência; (b) dificuldade de detecção e acompanhamento da violência pelos profissionais dos serviços de saúde: a mulher sente vergonha de relatar a situação; medo de ser julgada pelos profissionais; falta de preparo dos profissionais, os profissionais não sabem como proceder diante dos casos, atendimentos rápidos e pontuais dificultam a detecção; os profissionais não utilizam e/ou não sabem da rede de apoio intersetorial; falta de abordagem do tema na graduação médica; (c) política e legislação: as mulheres não realizam a denúncia ou não a mantêm; medo de denunciar as agressões; medidas judiciais ineficazes; medo, por parte dos profissionais, de denunciar a situação.

Após análise da árvore de causas e suas relações, o grupo estabeleceu uma planilha de operações com propostas concretas de ações que compreenderam o alicerce da problemática em termos socioculturais e interventivos (Quadro 1).

QUADRO 1
Planilha de operações e propostas de ações construídas pelo grupo

Nó crítico	Ação	Facilidades	Responsáveis
Socialização dos gêneros	Oficinas periódicas sobre a construção social dos gêneros (papéis masculino e feminino)	– Abrangência do tema nos territórios – População, profissional e local para trabalhar com o tema na comunidade (USF/UBS/CRAS/CREAS)	Profissionais de saúde, da assistência social e alunos da Faculdade de Medicina de Botucatu
Falta de preparo dos profissionais dos serviços de saúde	– Educação permanente por meio de cursos e oficinas – Matriciamento dos casos pela equipe do CREAS	– Público-alvo disponível e definido – Profissionais de referência do CREAS capacitados para matriciamento e apoio	Prefeitura (Secretarias da Saúde e da Assistência Social) Apoio dos especialistas da FMB/Botucatu
Não abordagem do tema na formação médica	Inserção do tema nas aulas de Saúde Coletiva para o terceiro ano médico	– Mudança nas grades curriculares da Medicina – Disponibilidade de conhecedores do assunto	Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu

Neste sentido, foram selecionados três nós críticos para o exercício de intervenção: socialização dos gêneros; falta de preparo dos profissionais da rede de serviços de saúde; não abordagem do tema na formação médica.

O primeiro nó crítico – “socialização dos gêneros” – foi selecionado tendo em vista que os estudantes acreditaram que essa seria uma estratégia abrangente e inovadora de transformação para as mulheres e para os profissionais envolvidos. De acordo com a percepção do grupo, o tema permite uma visão sócio-histórica das relações estabelecidas entre os gêneros ao longo do tempo, fator que pode contribuir para a desmistificação dos rótulos e preconceitos que pairam sobre as mulheres em situação de violência. Além disso, possibilita que os profissionais realizem ações de promoção e prevenção da violência contra a mulher, com maior aproximação e vínculo.

O intuito dessa operação visa envolver os profissionais das Unidades de Saúde da Família e as mulheres por eles atendidas em atividades que os façam refletir sobre as mudanças e transformações históricas da mulher no mundo do trabalho e nas relações familiares. O foco da transformação está no empoderamento da mulher para protagonizar a busca de apoio nas diferentes instituições. A facilidade dessa operação está no público já definido pelo território de adstrição da Unidade de Saúde da Família.

A segunda operação visou mudanças no processo de trabalho dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde e tem como base a educação permanente, preconiza cursos e oficinas sobre a forma de abordar e prevenir a violência contra a mulher de maneira continuada. Prevê, ainda, o envolvimento dos profissionais de referência do CREAS para

o matriciamento e compartilhamento das situações já instaladas. A principal facilidade dessa operação foi ter o apoio técnico da equipe do CREAS, que é especializada no atendimento de mulheres nessa situação. Contudo, a falta de adesão dos profissionais de saúde, por não compreenderem a importância do tema, poderia ser uma das dificuldades.

A terceira operação envolveu a inserção do tema “violência contra a mulher” na grade curricular do ensino médico. Essa foi uma proposta unânime do grupo após perceber as dificuldades dos profissionais em abordar o tema e detectá-lo em sua complexidade biopsicossocial, e não apenas fisiológica. Essa operação, por sua vez, necessita de um prazo maior para ser implantada, pois envolve mudança curricular e exige envolvimento de diferentes órgãos. Contudo, iniciativas como essa de trazer o tema para problematização numa disciplina já existente, contextualizando com diferentes cenários, ou mesmo a possibilidade de ofertar cursos de extensão com esse tema já contribuem para um conhecimento mais crítico e reflexivo dos graduandos a esse respeito.

Apresentação do caso de violência contra a mulher e a trajetória de atividades realizadas pelo grupo para os demais estudantes

Ao apresentar o caso e problematizar as atividades realizadas no decorrer do módulo para os demais estudantes, foi possível identificar no grupo habilidades e competências desenvolvidas com a experiência.

As leituras, discussões e visitas possibilitaram aos estudantes desenvolver habilidades de análise sociocultural do tema, verificando a pertinência de sua aplicação na saúde pú-

blica, mais especificamente na atenção primária, direcionando o olhar para além da queixa instalada e se comprometendo com a integralidade do cuidado.

A discussão sobre o conceito de violência também surtiu efeito positivo no grupo de estudantes, uma vez que conseguiram perceber que, mesmo entre eles, havia diferentes formas de entender a violência. Essa situação, por sua vez, estendeu os olhares para além das próprias experiências pessoais e culturais, trazendo para o cenário inquietações sobre a organização e definição dos papéis femininos e masculinos no decorrer dos anos e nas diferentes camadas sociais. Portanto, eles desenvolveram a habilidade de trabalhar em grupo, respeitando as diferentes experiências e aprendizados naquele contexto.

Nesse sentido, os estudantes puderam reconhecer a prática da violência contra a mulher como um problema de saúde pública por sua magnitude e, também, pelo reconhecimento do impacto que causa no processo saúde-doença. Antes disso, reconheceram a intrínseca ligação do fenômeno com o contexto histórico e sociocultural. O fator considerado de maior relevância pelo grupo foi a necessidade de detectar e trabalhar os casos no primeiro nível de atenção e a articulação com a rede intersetorial.

Uma postura profissional de acolhimento foi destacada pelos estudantes como uma estratégia de aproximação e interação médico-paciente para concretizar o protagonismo das mulheres na superação da violência.

Ao final das atividades, foi possível perceber a incorporação de novos conceitos e olhares sobre o tema. Além disso, no relatório final, bem como nos grupos mistos, os alunos se manifestaram sensibilizados e mais habilitados para identificar, avaliar, acompanhar e encaminhar casos de violência contra a mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta experiência, observou-se que, embora a violência contra a mulher seja tema claramente reconhecido como um problema de saúde pública, ainda não foi assimilado pelos profissionais da saúde e não tem sido aplicado no cotidiano dos serviços, dadas as dificuldades em incorporar, na prática, demandas que vão além do biológico.

Percebe-se que o grande desafio está no processo de formação desses profissionais, que, provavelmente, tiveram uma aprendizagem baseada em condutas pontuais e fragmentadas.

Portanto, desde a graduação, é necessário trabalhar as dimensões sociofamiliares e socioculturais que se escondem por trás de sintomas fisiológicos de mulheres em situação de violência, tendo em vista que cabe ao profissional o desafio de decifrá-los, já que as mulheres não enxergam os serviços de saúde como local apropriado para expor a demanda.

Apreender essas dimensões significa concretizar as práticas em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, sendo que, para a experiência em questão, destacaram-se três em especial: acesso universal e equidade; integralidade e humanização do cuidado; cuidado centrado na pessoa sob cuidado na família e na comunidade.

É importante ressaltar que esses entraves já estão sendo equacionados pelos órgãos responsáveis pela graduação do curso médico, tanto no atual currículo, como na proposta da reforma curricular em fase final de elaboração, caminhando em consonância com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina, instituídas em junho de 2014. De acordo com esse documento, a formação do graduado deve abranger as áreas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde. O Artigo 5º preconiza que as ações do futuro médico abranjam as dimensões da diversidade: biológica, subjetiva, étnico-racial, socioeconômica, sociocultural, de gênero e de orientação social, e demais aspectos da diversidade humana que singularizam cada indivíduo ou grupo¹⁹.

Ao final do Módulo 1 da Disciplina de Saúde Coletiva III, os estudantes apresentaram diferentes percepções do fenômeno e sua relação para o processo saúde-doença. Também conseguiram entender a importância de garantir o acesso universal às mulheres em situação de violência, livre de preconceitos, julgamentos, de acordo com suas necessidades individuais e suas histórias de vida. Além disso, compreenderam que o atendimento integral e humanizado demanda interação constante e contínua entre o profissional e a mulher em um processo de construção do protagonismo e empoderamento feminino no âmbito familiar, social e comunitário.

Finalmente, reconheceram que a consolidação desses preceitos exige dos profissionais uma formação para o olhar ampliado e a percepção da problemática, para a construção e o estabelecimento de vínculos, e, sobretudo, para a definição de estratégias de intervenção que vão além dos serviços de saúde. O uso desse caso possibilitou aos estudantes a compreensão das interfaces entre a violência contra a mulher, a segurança pública e as questões socioculturais, assim como a rede de apoio instalada para o atendimento dos casos que abrangem outras políticas, especialmente a de assistência social.

REFERÊNCIAS

1. Organização Panamericana da Saúde. Violência y salud: resolución no XIX. Washington: OPAS; 1994.
2. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS, OPAS; 2002.
3. Machado DF. A experiência com a violência urbana entre adolescentes de Botucatu/SP. Botucatu; 2005. Mestrado

- [Dissertação] – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.
4. Mello Jorge MHP. Como morrem nossos jovens. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD; 1998.
 5. Minayo MC. A Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Pública* 1994;10(1):7-18.
 6. Waiselfisz JJ. Juventude viva os jovens do Brasil. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República; 2014. (Mapa da violência 2014).
 7. Berger SMD. Violência entre parceiros íntimos: desafios no ensino e atenção em saúde. *Rev Bras Educ Med* 2011;35(4): 526-34.
 8. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília; 2011.
 9. Gomes R, Minayo MCS, Silva CFR. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde; 2005. 340 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
 10. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei Maria da Penha. Lei n. 11.340/2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília; 2006.
 11. Saffioti HIB. Violência contra a mulher e violência doméstica. In: Bruschini C, Unberhaum SG, organizadoras. Gênero, democracia e sociedade brasileira. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, Editora 34; 2002. p. 321-38.
 12. Santos CMD, Izumino WP. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. *Rev Estud Interdiscipl Am Latin El Caribe* 2005;16(1):147-64.
 13. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Franca-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002;36(4):470-7.
 14. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface (Botucatu)* 1999;3(5):1-27.
 15. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc Saúde Colet* [on line]. 2011. 16(3) [capturado 17 dez. 2013]; 1943-52. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300028&lng=pt&nrm=iso>.
 16. Brasil. Lei nº10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 24 nov. 2003.
 17. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2009;14(4):1037-50.
 18. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* [on line]. 2013. 29(6) [capturado 18 dez. 2013];1230-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600019&lng=pt&nrm=iso>.
 19. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências [Internet]. Brasília: MEC; 2014 [capturado 21 fev 2016]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192
 20. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.
 21. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública* [on line]. 2004. 20(3) [capturado 03 mar. 2016];780-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300015&lng=en&nrm=iso.
 22. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais: reimpressão 2013: Resolução n.109 de 11 de novembro de 2009. Brasília: Conselho Nacional de Assistência Social; 2013.
 23. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social. Brasília: MDS; 2004.
 24. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Norma Operacional Básica: NOB/SUAS: construindo as bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília, DF: MDS; 2005.
 25. Cyrino EG, Rizzato ABP. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. *Rev Bras Saude Mater Infant* [on line]. 2004. 4(1) [capturado 29 fev. 2016];59-69. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000100006&lng=pt&nrm=iso.

26. Barrows HS. Problem-based learning in medicine and beyond: a brief overview. In: Wilkerson L, Gilselaers H, editors. Bringing problem-based learning to higher education: theory and practice. San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.; 1996. p. 3-11.
27. Ribeiro LR. Aprendizagem baseada em problema (PBL): uma experiência no ensino superior. São Carlos: EduFS-Car; 2008.
28. Boy GA. The group elicitation method for participatory design and usability testing. Interactions [on line]. 1997. 4(2) [capturado 19 abr. 2007]; 27-33. Disponível em: <http://portal.acm.org/citation.cfm?doid=245129.245132>.
29. Minicucci A. Técnicas do trabalho de grupo. 3. ed. São Paulo: Atlas; 2001.
30. Felder RM, Brent R. Effective strategies for cooperative learning. J Coop Collab Coll Teach 2001;10(2):69-75.
31. Coutinho CP, Bottentuit Junior J. Utilização da técnica do Brainstorming na introdução de um modelo de E/B-Learning numa escola Profissional Portuguesa: a perspectiva de professores e alunos [on line] [capturado 03 mar. 2016]. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7351/1/Discurso,metodologia%20e%20tecnologia.pdf.pdf>.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Dinair Ferreira Machado: concepção do artigo, revisão bibliográfica, redação final do texto. Cristiane Murta-Nascimento, Kátia Cristina Portero McLellan, Elen Rose Lodeiro Castanheira e Margareth Aparecida Santini de Almeida: revisão bibliográfica, elaboração e revisão final do texto.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dinair Ferreira Machado
Av. Prof. Montenegro, s/nº
Distrito de Rubião Jr. – Botucatu
CEP 18618-970 – SP
E-mail: dinamachado@fmb.unesp.br; asdinamachado@yahoo.com.br

Discussão Ética sobre o Prontuário Eletrônico do Paciente

The Ethics of Electronic Medical Records

Maria José Guedes Gondim Almeida¹

Bárbara Barros Figueiredo¹

Hakayna Calegato Salgado¹

Igor Moreira Torturella¹

PALAVRAS-CHAVE

- Prontuário Eletrônico do Paciente;
- Ética;
- Ética Médica;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Electronic Medical Record;
- Ethics;
- Medical Ethics;
- Medical Education.

RESUMO

O prontuário do paciente constitui uma ferramenta fundamental para a prestação do cuidado em saúde, podendo ser definido como um registro padronizado e organizado de toda a informação referente à saúde de um indivíduo, desde o nascimento até a morte. Na década de 1970, impulsionados pelo crescente desenvolvimento da tecnologia, surgem os primeiros sistemas de Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP), sob uma proposta de informatização dos registros em saúde. Por meio de uma criteriosa pesquisa bibliográfica, questões concernentes ao prontuário eletrônico do paciente foram discutidas, especialmente do ponto de vista ético. Os avanços tecnológicos aplicados à área de saúde devem ser implantados de maneira crítica, em que pesem as consequências imprevistas que possam ter quanto à relação médico-paciente, uma vez que o cuidado e o respeito devem ser prioridade, e não os interesses particulares. Por isso, uma análise apenas técnica não abarca elementos que podem ser compreendidos à luz dos conceitos éticos, os quais norteiam escolhas baseadas no interesse comum.

ABSTRACT

Electronic Medical Records serve as a fundamental tool in the healthcare service and may be defined as standardized and organized records featuring all the information on a patient's medical history since birth. Due to technological developments, the first Electronic Medical Records were created in the 1970s in order to computerize records in the healthcare field. Bibliographical research was carried out in order to discuss aspects of electronic medical records, especially concerning their ethical dimensions. Technological improvements should be considered in a more critical way, since there may be unforeseen consequences related to their use, especially related to the doctor-patient relationship. Despite technology's importance in improving healthcare services, care and respect should always be of priority and personal interests should be avoided. An analysis that highlights only the technical aspects of Electronic Medical Records is therefore insufficient to answer all the questions that might arise, with ethical concepts perhaps playing a role in answering such questions.

Recebido em: 03/06/2015

Reencaminhado em: 09/08/2015

Reencaminhado em: 22/11/2015

Aprovado em: 14/01/2016

INTRODUÇÃO

Com os avanços das tecnologias de informação, o desenvolvimento do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) surge como proposta num contexto em que a crescente geração de informação, somada a uma demanda de fácil acesso se alia ao progresso da informática para juntas buscarem a melhoria das diversas formas de atenção. De fato, a informatização dos registros médicos apresenta potenciais benefícios não somente para a prática da clínica, mas também para a pesquisa, o ensino e o próprio usuário. Entretanto, muitos também são os desafios e as implicações da implantação desta tecnologia, sendo necessária uma discussão mais ampla de suas repercussões. Questões técnicas relativas a *softwares* e *hardwares*, além de assuntos da informática e engenharia médicas são, de fato, fundamentais. No entanto, um olhar direcionado para as implicações éticas, legais e sociais permitirá a consolidação desta tecnologia sobre bases sólidas, de forma que possa alcançar nossa sociedade em sua dimensão integral, além de resultar num desenvolvimento não só financeiro e administrativo, mas também humano.

A elaboração deste trabalho teórico-reflexivo se realizou por pesquisa em literatura específica a respeito dos temas: prontuário médico; PEP; ética; ética médica; e tecnologia de informação na saúde. As bases eletrônicas de dados consultadas foram PubMed/Medline, Bireme e SciELO. Publicações nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola foram utilizadas.

O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: CONCEITUAÇÃO

O Hospital Geral de Massachussets, em 1897, foi uma das instituições pioneiras a elaborar um serviço organizado de arquivamento médico e estatística. Alguns anos mais tarde, em 1910, Flexner formaliza o conceito de prontuário médico por meio da publicação de um relatório sobre educação médica¹. Entretanto, o registro de informações na medicina já era prática muito antiga, datando de 3000 a 2500 a.C., realizado pelo médico egípcio Inhotep². No século V, Hipócrates aconselhava que os médicos registrassem informações acerca do curso da doença e suas possíveis suspeitas diagnósticas³.

Os conceitos e iniciativas construídos na América do Norte não tardaram a se difundir no Brasil. Em nosso caso, o uso do prontuário surgiu por iniciativa da professora doutora Lourdes de Freitas Carvalho, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1944. No processo de consolidação desta proposta, em nível nacional, destacam-se a adoção deste sistema pelo Instituto Nacional de Previdência Social⁴ e, mais tarde, pelo Código de Ética Médica, que estabelece a obrigatoriedade de elaboração de prontuários individuais.

Segundo o Conselho Federal de Medicina brasileiro, o prontuário pode ser entendido como:

um documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CFM, 2003, resolução nº 1.638/2002, art. 1º).⁵

Na prática clínica, um prontuário bem preenchido contém tudo o que foi realizado e todas as indicações do que precisa ser feito, constituindo um documento legítimo para sanar quaisquer dúvidas quanto aos procedimentos médicos e quanto às respostas do organismo do paciente¹.

Com o desenvolvimento da informática, esta passa a influenciar também as ciências da saúde. Na realidade, os primeiros sistemas informatizados de informação hospitalar ainda não apresentavam grande importância clínica, mas, sim, administrativa. Com a evolução desta ferramenta, partes do prontuário passam a ser integradas neste sistema, constituindo um esboço inicial de uma finalidade clínica. Na década 1970, nos Estados Unidos, surgem os primeiros sistemas de Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP)¹.

No início dos anos 1990, com a crescente importância assumida pelo PEP, o Institute of Medicine dos Estados Unidos encomendou um estudo com o objetivo de definir esta nova ferramenta, assim como propor melhorias e identificar deficiências⁶. Os especialistas que participaram do estudo constataram que os sistemas de registros médicos da época não se diferenciavam daqueles existentes havia cinquenta anos, revelando uma deficiência destes em acompanhar as inovações tecnológicas observadas na área da saúde nestas últimas décadas⁶.

Apesar dessa deficiência, diferentes autores citam desvantagens, tanto lógicas quanto práticas, dos prontuários de papel em relação ao eletrônico. Ilegibilidade, ambiguidade, perda frequente da informação, multiplicidade de pastas, dificuldade de pesquisa coletiva, falta de padronização, dificuldade de acesso e fragilidade do material são algumas delas⁷. Entretanto, a crescente geração de informação sobre os pacientes e a demanda de fácil acesso, num contexto de constante progresso na informática, despertaram o interesse pelo desenvolvimento do PEP⁸. Apesar disso, o prontuário de papel ainda é especialmente útil, principalmente por sua simplicidade, facilidade no manuseio, maior liberdade na forma de escrever, baixo investimento para sua implantação e não requerimen-

to de treinamento especial⁹. Também pode ser difícil justificar a implementação de sistemas informatizados em regiões nas quais investimentos em outras áreas resultariam em melhorias mais significativas para a população, como, por exemplo, em locais que apresentam carência de saneamento básico ou com cobertura vacinal deficiente.

No Brasil, a temática relativa ao PEP ganhou força no meio universitário em meados da década de 1990, culminando em algumas iniciativas isoladas. Em 1999, por ação do Ministério da Saúde, um conjunto mínimo de informações que devem constar num prontuário eletrônico é proposto, visando permitir a integração dos diversos sistemas e fortalecer sua implementação¹⁰. Alguns anos mais tarde, em 2002, o Conselho Federal de Medicina reconhece o prontuário eletrônico como uma forma legítima de armazenamento de dados relativos aos pacientes. Na realidade, inclusive hodiernamente, a informatização de ações administrativas, como marcação de consultas, cadastro de pacientes e reembolso de despesas, já é observada em diversas instituições; entretanto, a substituição integral do prontuário de papel ainda não constitui uma proposta palpável em nível nacional, observando-se, na maioria das vezes, uma implementação parcial¹¹. Em 2007, por meio de sua Resolução 1.821, o CFM aborda as normas técnicas acerca da digitalização dos prontuários e o uso de sistemas informatizados, assim como autoriza, mediante alguns critérios, a eliminação do papel. Segundo esta resolução, os prontuários digitalizados devem ser controlados por um sistema especializado de Gerenciamento Eletrônico de Documentos (GED) e devem obedecer aos requisitos do NGS2 (Nível de Garantia de Segurança 2) do Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), só podendo ser eliminados os prontuários de papel após análise pela Comissão de Revisão de Prontuários. Na realidade, somente os sistemas de documentação eletrônica em conformidade com o NGS2 atendem a tais especificações, de modo a não necessitar da impressão do prontuário em papel. Há também o estabelecimento da guarda permanente dos prontuários arquivados eletronicamente, ao passo que os prontuários de papel que não foram digitalizados possuem guarda mínima de 20 anos¹².

Uma proposta recente é um projeto do Ministério da Educação que visa padronizar as práticas assistenciais e administrativas em todos os hospitais universitários de sua rede por meio do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), cujo sistema se baseia num aplicativo semelhante desenvolvido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os primeiros módulos foram implantados em agosto de 2010 na Maternidade Vitor Ferreira do Amaral, em Curitiba (HCPA).

Quanto à segurança dos *softwares* utilizados, um ponto relevante ocorre no estabelecimento de um selo de qualidade, expedido pelo CFM e pela SBIS. A certificação SBIS-CFM, projeto iniciado em 2002, objetiva aumentar a segurança da informação armazenada, um dos principais pontos da certificação, e criar regulamentos e normas, além de melhorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, mediante a verificação da conformidade do *software* aos requisitos obrigatórios predefinidos. Além disso, reforçou-se a obrigatoriedade do uso de certificação digital, ou assinatura eletrônica, para a validade ética e jurídica de um PEP/RES. O certificado digital, de forma simples, pode ser entendido como um arquivo de computador que identifica uma pessoa física ou jurídica no mundo digital; sua emissão é de responsabilidade da ICP-Brasil¹².

De acordo com o Institute of Medicine, divisão da United States National Academies, o PEP pode ser definido como “um registro eletrônico de paciente que reside em um sistema especificamente projetado para dar apoio aos usuários através da disponibilidade de dados completos e corretos, lembretes e alertas aos médicos, sistemas de apoio à decisão, *links* para bases de conhecimento médico, e outros auxílios”¹ (p. 9). A literatura destaca numerosas vantagens de um prontuário eletrônico, como melhor acesso, maior segurança e novos recursos, de modo que sua implantação possa se justificar pela melhoria na qualidade da assistência à saúde do paciente, pelo melhor gerenciamento dos recursos e pela melhoria de processos administrativos e financeiros¹.

Entre os fatores críticos à implantação da informatização dos prontuários, seja no Brasil ou em qualquer outro país, a aceitação do profissional constitui importante barreira. Segundo Versel¹³, mais de 85% dos indivíduos e das associações médicas têm mostrado relutância em aceitar estas inovações, permanecendo com sua confiança nos registros baseados em papel; em 2003, a maior parte dos participantes de um congresso realizado pela Modern Healthcare e PricewaterhouseCoopers citou a aceitação do médico como um obstáculo¹⁴. Ademais, segurança e confidencialidade são pontos críticos que envolvem a adoção do PEP. Apesar disso, os avanços na segurança de transações na internet, necessários também ao mercado financeiro, conferem certa confiança aos sistemas eletrônicos. Porém, neste contexto, a inexistência de uma legislação específica que determine os requisitos básicos de segurança, assim como as penalidades para infrações dificultam o desenvolvimento desta tecnologia. A padronização dos sistemas operacionais e da terminologia utilizada, importante para o intercâmbio e a comunicação eficazes, também representa um grande desafio a ser solucionado¹.

DISCUSSÃO: O PEP SOB UM OLHAR ÉTICO

As pontuações relativas a segurança, confidencialidade e privacidade constituem, sem dúvida, as principais preocupações acerca da temática dos prontuários eletrônicos¹. Na realidade, em toda relação entre médico e paciente há um contrato implícito no qual o médico promete não revelar qualquer informação confidencial que lhe seja revelada. Segundo o juramento de Hipócrates: “aquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade eu tiver visto ou ouvido e que não seja preciso divulgar eu conservarei inteiramente secreto”¹⁵. De fato, a privacidade não constitui um privilégio, mas um direito do indivíduo, independentemente do modo como suas informações são armazenadas. O artigo 5º da Constituição Federal de 1988 garante a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da imagem e da honra das pessoas¹⁶.

Entretanto, com o uso do prontuário eletrônico, as mesmas ferramentas que beneficiam a prática clínica através de um acesso à informação otimizado também fazem com que possíveis violações da confidencialidade aumentem sua seriedade, além de criar diversas novas especificidades a serem consideradas. Comparado ao prontuário de papel, o PEP possui o potencial de mais ampla acessibilidade, uma vez que a segurança seja transpassada. Com apenas o acesso a um terminal e o código correto, todo o banco de informações da instituição pode ser acessado; a isto se somam as possibilidades acarretadas pela internet caso os prontuários estejam acessíveis via *web*. Além disso, o transporte de dados informatizados e a facilidade de acesso podem levar os casos de quebra da confidencialidade a magnitudes antes não conhecidas com o uso do papel. Como ilustração, podemos citar um caso ocorrido em Ohio, no qual um hospital-escola disponibilizou *online*, por engano, informações sobre o tratamento, nomes e endereços de 2.800 pacientes; em episódio semelhante, na Flórida, os nomes de 6 mil pacientes HIV positivos foram indexados, também por engano, em um *e-mail* enviado para 800 empregados de um departamento de saúde do governo¹⁷. Apesar disso, alguns autores destacam que, embora ofereçam novas possibilidades para a quebra da confidencialidade, os computadores também permitem medidas de proteção não antes disponíveis. Certificação digital, *Secure Sockets Layer (SSL)*, tecnologias de *firewall* e encriptação de dados garantem o acesso somente àqueles com a senha e o registro correto¹. Nas palavras de Costa (p. 173)¹, “é muito mais fácil se entrar no Serviço de Arquivamento Médico (Same) de um hospital, ler um prontuário, ou mesmo roubá-lo, do que invadir um prontuário eletrônico que possua um sistema de segurança razoável”.

No entanto, devido à inexistência simultânea de máxima confidencialidade e máximo controle de acesso, as medidas de segurança devem ser adotadas de forma que “em nenhuma circunstância prejudique o atendimento ao paciente por negar acesso legítimo às informações e aos serviços requisitados pelo pessoal médico”¹⁸ (p. 143). De fato, é notável a dificuldade de estabelecer critérios sobre o direito de acesso a determinadas informações, como, por exemplo, durante um atendimento de emergência no qual o paciente não tem condições de autorizar o acesso ao seu prontuário¹⁸. Neste contexto, também surge a discussão a respeito de um acesso restrito à informação. Seria necessário que um funcionário do administrativo de um hospital possuísse acesso à sorologia de HIV de um paciente internado? Ou seria importante que os dados referentes à psicoterapia de um paciente fossem disponíveis a um médico de um pronto-socorro durante um atendimento de emergência?

No ambiente hospitalar, por exemplo, são inúmeros os profissionais que têm acesso ao histórico dos pacientes, sendo que muitos deles não tiveram atuação direta no tratamento do doente e apenas o conhecem em sua vida particular. Muitas vezes, o acesso às informações digitalizadas é realizado sob um *login* e senha únicos, sem distinção entre os diferentes profissionais que atuam na instituição. Os limites de acesso a essa informação ainda são questionáveis e complexos, como discutido sobre a questão da segurança; pensar que o setor administrativo de um hospital não deva ter acesso a informações médicas de um paciente parece algo razoável e possivelmente seria a opinião compartilhada pela maioria (embora isto ainda não seja uma realidade em muitos hospitais); todavia, quais seriam os limites do acesso à informação quando se trata de médicos, médicos residentes, estudantes da área da saúde, equipe de enfermagem? Quais seriam as fronteiras sobre aquilo a que apenas o médico assistente teria acesso e aquilo a que os demais profissionais de saúde teriam? Essas questões ficam ainda mais difíceis de responder se pensarmos nas instituições de ensino, nas quais o acesso aos registros é ainda menos regulamentado.

Rind *et al.*¹⁹ também discutem a questão da segurança e da confidencialidade do PEP no contexto da internet; afirmam que a maioria dos casos de violação das informações dos pacientes ocorre por profissionais da própria instituição. Esta afirmação aponta a necessidade de mecanismos educacionais direcionados ao componente humano vinculado a esta tecnologia e da determinação de penalidades relativas aos infratores, por parte tanto do governo como das instituições¹. Nos Estados Unidos, o Health Insurance Portability and Accountability Act (Hipaa) faz parte de uma legislação específica que regulamenta questões de segurança e confidencialidade dos dados dos pacientes no país²⁰; no Brasil, já houve discussões

na Câmara dos Deputados acerca de assuntos relacionados à Internet, ao comércio eletrônico e à privacidade, mas sem a abordagem específica do PEP¹. No que tange à conscientização, de acordo com Dodek e Dodek²¹, as instituições poderiam oferecer informativos sobre confidencialidade entre seus funcionários, além de distribuir lembretes sobre o tema em quadros de avisos e em áreas estratégicas, como as estações de enfermagem e os vestiários.

Outro obstáculo premente ao PEP é a aceitação do uso de máquinas, em especial quando estas alteram a rotina de alguns profissionais. Aliada a isso se encontra a questão do analfabetismo digital, que levanta a discussão a respeito da educação em informática em graduações e para os profissionais mais antigos. Na realidade, a implantação do PEP traz consigo o pressuposto básico do domínio das ferramentas da informática, fato que não é compatível com a realidade nacional e nem é incentivado por meio da educação.

Há também a alegação de que o PEP poderia ameaçar a autonomia do médico por meio de influências e restrições por parte das seguradoras e dos administradores dos estabelecimentos de saúde de posse dessas informações²². Além disso, segundo Meinert²³, alguns médicos tendem a rejeitar os benefícios do PEP e de outros sistemas de apoio à decisão, muitas vezes por considerarem que o uso dessas ferramentas poderia desmerecer seu conhecimento e perícia. Também, a relação médico-paciente, tão enfatizada durante a formação médica e tão estimada, poderia perder seu caráter intimista e de acolhimento a partir da interposição de uma máquina entre o médico e seu paciente.

Vale pensar que estamos lidando com um país de dimensões continentais e com uma grande parcela da população alijada dos processos de evolução tecnológica; alijamento esse que se faz visível em esferas mais básicas da existência humana, como no caso de acesso à educação de qualidade, saúde pública com todos os recursos necessários à manutenção da vida, prevenção e promoção de saúde, alimentação, moradia digna, entre outros. Segundo Costa¹ (p. 175),

outra questão fundamental quando se fala em uso da Internet e outros recursos computacionais para a sociedade é o chamado "abismo digital". O Governo e a sociedade organizada precisam estar atentos para que toda a sociedade possa usufruir da tecnologia, não criando, assim, um novo grupo social: "os excluídos digitais".

Desse modo, a discussão fica ainda mais rica e complexa ao pensarmos que estamos definindo mecanismos de expansão e consolidação do PEP, que já faz parte, ainda que parcialmente, da realidade da saúde pública e privada no Brasil, para

uma população que sequer foi adequadamente alfabetizada ou mesmo tem acesso a ferramentas já consideradas básicas para as classes mais abastadas, como computadores e internet. Todo o processo que vai desde a criação do PEP até seu uso efetivo no cotidiano dos atendimentos em saúde pode se configurar como instrumento de reclusão e controle social ou como ferramenta de melhoria da qualidade, rapidez e dinamismo do atendimento em saúde, ou qualquer outra mescla que se possa concretizar entre esses dois extremos.

O uso do PEP, sem sombra de dúvida, permite armazenar um volume maior de informações do paciente, assim como cruzar e arquivar tais informações de forma estruturada e com acesso rápido e fácil. As pesquisas serão beneficiadas, já que será muito mais simples o manuseio e coleta de dados, e a história médica do paciente estará disponível, ao menos dentro dos limites de dada instituição. Dessa perspectiva surge a contrapartida: o acesso disseminado expõe informações confidenciais a um maior número de indivíduos, submetendo o paciente a situações delicadas ou embaraçosas: uma doença terminal poderia ser revelada sem que o paciente quisesse; uma condição de doença crônica poderia ser exposta e interferir no trabalho ou mesmo na admissão a um plano de saúde; o paciente poderia se sentir violado em sua liberdade e autonomia caso fosse envolvido numa pesquisa sem o seu consentimento, entre outras tantas possíveis situações¹⁷. Países como o Reino Unido oferecem autonomia aos usuários do sistema de saúde para registrar ou não seus dados nos sistemas de informação, já autorizando de antemão sua utilização em pesquisas. No Brasil, apesar de muitas vezes necessários para o traçado do perfil epidemiológico e a orientação de condutas, os sistemas de informação em saúde ferem diversos princípios éticos, como o consentimento informado, a confidencialidade e a autonomia do indivíduo²⁴.

O acesso à educação é algo fundamental em toda sociedade, e a tentativa de implantar sistemas novos, com propagandas de crescimento, evolução social e modernidade, sem conferir à população meios seguros e reais de se informar e se educar para receber criticamente essas novas ferramentas, em si só já inicia um processo sem bases éticas sólidas. É fundamental que a evolução tecnológica, e com ela o uso da tecnologia na saúde, venha acompanhada de informação, educação e pensamento crítico para que os avanços sejam perpetrados e os erros sejam dirimidos.

CONCLUSÃO

Muitos são, de fato, os benefícios que uma inovação tecnológica pode acarretar. No entanto, esse desenvolvimento deve traduzir-se numa melhora global para a comunidade, com

atenção para todas as esferas que cercam o indivíduo, sejam estas éticas, sociais, econômicas ou políticas. Desse modo, a implantação do sistema de prontuários eletrônicos deve ser acompanhada por avaliações criteriosas concernentes à qualidade do cuidado em saúde, à efetividade e à qualidade de vida de todos os indivíduos que entrem em contato com essa tecnologia. Os profissionais de saúde deveriam estar mais envolvidos nesse processo para que sua compreensão seja ampliada, suas críticas ouvidas e sua adesão garantida, sem, contudo, comprometer a qualidade do atendimento.

Na literatura, há autores que alertam para a deficiência de pesquisas mais robustas no que diz respeito aos riscos e ao custo-benefício da implementação destes sistemas, apesar de serem frequentemente promovidos pelos setores da indústria e pelos “técnico-entusiastas” como uma dádiva. Por essas razões, discussões que abarquem a questão do PEP em sua totalidade são fundamentais em seu processo de implantação, no qual deve existir uma clara determinação de quais serão os benefícios esperados, as responsabilidades delegadas e os riscos assumidos.

Nesse processo, a ética não pode ser desconsiderada, já que constitui a base sobre a qual poderemos optar por avançar tecnologicamente sem que isso redunde em prejuízos para o indivíduo e sem comprometer a boa atuação dos profissionais de saúde, sempre focados no respeito e dedicação a seus pacientes.

REFERÊNCIAS

- Costa CGA. Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas da WorldWide Web e da engenharia de software. Campinas; 2001. Mestrado [Dissertação] – Universidade Estadual de Campinas.
- Carvalho LF. Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital. 2.^a ed. São Paulo: LTr Editora /MEC; 1977.
- Marin HF, Massad E, Azevedo Neto RS. Prontuário eletrônico do paciente: definições e conceitos. In: Massad E, Marin HF, Azevedo Neto RS (editores). O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: USP; 2003.
- Moraes IN. Erro médico. 1.^a ed. São Paulo: Maltese; 1991.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.638/02. Brasília; 2003.
- Dick RS, Steen EB, Detmer DE. The computer-based patient record: an essential technology for health care. Washington, DC: National Academy Press; 1997.
- Van Ginneken, AM, Moorman, PW. The Patient Record. In: van Bommel, J.H., Musen, M.A.(eds.). Handbook of Medical Informatics. Houten, the Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
- Patrício CM, Maia MM, Machiavelli JL, Navaes MA. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos?. *Scientia Medica* (Porto Alegre) 2011;21(3):121-131.
- Wilcox AB, Gallagher KD, Boden-Albala B, Bakken SR. Research Data Collection Methods: From Paper to Tablet Computers. *Medical Care* 2012;50(7 Suppl 1).
- Wechsler R, Ancao MS, Campos CJR, Sigulem D. A informática no consultório médico. *J. Pediatr.* (Rio J.) 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2014.
- Pego-Fernandes PM, Werebe E. Electronic medical files for patients: some steps towards the future. *Sao Paulo Med. J.* 2010.128(6) [capturado em: 19 jun. 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802010000600001&lng=en&nrm=iso>.
- Sociedade Brasileira de Informática em Saúde. Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES). 2013. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/>>
- Versel N. Stalking the elusive ‘Killer App’. *ModPhysician.* 2002;6(5)[2 p.]. Disponível em: <<http://connection.ebscohost.com/c/articles/6647635/stalking-elusive-killer-app>>. Acesso em: 19 jul. 2015.
- Morrissey J. This time they really mean it: annual survey shows healthcare organizations are committing more money to IT and installing EMRs is now their top priority. *Modern Healthc.* 2005;35:42-3,46-50.
- Friedland B. Physician–patient confidentiality: time to re-examine a venerable concept in light of contemporary society and advances in medicine. *J LegMed*1994;15:249-277.
- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 5 de out de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em :19 de jul. 2015.
- Lo B. Professionalism in the age of computerised medical records. *Singapore Med J* 2006; 47(12): 018.
- Motta GHMB, Furuie SS. Um modelo de autorização e controle de acesso para o prontuário eletrônico de pacientes em ambientes abertos e distribuídos. *Rev Bras EngBiomédica.* 2001;17(3):141-50.
- Rind DM, Kohane IS, Szolovits P, et al. Maintaining the Confidentiality of Medical
- Records Shared over the Internet and the World Wide Web. *Annals of Internal Medicine* 1997;127:138-141.
- OCR. Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) – National

22. Standards to Protect the Privacy of Personal Health Information. Department of Health and Human Services of United States. Disponível em: < <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/> >. Acesso em: 22 jun. 2014.
23. Dodek DY, Dodek A. From Hippocrates to facsimile: Protecting patient confidentiality is more difficult and more important than ever before. *Can Med Assoc J* 1997;156:847-52.
24. Ford EW, Menachemi N, Peterson LT, et al. Resistance is futile: but it is slowing the pace of EHR adoption nonetheless. *J Am Med Inform Assoc*. 2009;16:274-81
25. Meinert DB. Resistance to electronic medical records (EMRs): a barrier to improved quality of care. *Journal of Issues in Informing Science and Information in Technology (IISIT)*. 2005;2:493-504.
26. Souto RQ, Lucena B, Cavalcanti AL, França ISX. Aspectos Éticos na Pesquisa com Dados Secundários: uma Revisão Sistemática. *Revista Espaço para a Saúde* ano; 13 (número):página

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Maria José Guedes Gondim Almeida: orientação da pesquisa, desenvolvimento do cronograma e ações específicas de cada

aluno, correção das atividades executadas, elaboração de discussões e debates sobre o tema ao longo da pesquisa, correção e formatação final do estudo;

Bárbara Barros Figueiredo: pesquisa em literatura, seleção de artigos relevantes, escrita das seções “introdução”, “O Prontuário Eletrônico: conceituação” e “discussão”;

Hakayna Calegari Salgado: pesquisa em literatura, seleção de artigos relevantes, elaboração do resumo e abstract, escrita das seções “introdução” e “O Prontuário Eletrônico: conceituação”;

Igor Moreira Torturella: pesquisa em literatura, seleção de artigos relevantes, escrita das seções “discussão” e “conclusão”.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Hakayna Calegari Salgado

Rua São Sebastião, 740 – apto 503

Centro – Juiz de Fora

CEP 36015-410 – MG

E-mail: hakaynasalgado@hotmail.com

O Novo Currículo e o Fim da Patologia

The New Curriculum and the End of Pathology

Maria Fernanda Sanches Soares^I
Daniel Abensur Athanazio^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Patologia;
- Estudante de Medicina;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Pathology;
- Medical Students;
- Medical Education.

RESUMO

A gradual adoção de novas diretrizes curriculares afetou dramaticamente a atuação do professor de Patologia no curso médico. O resultado prático das mudanças adotadas foi a redução do espaço do ensino da Patologia na graduação e a perda de espaço do professor médico patologista no curso médico. Como consequência, os novos médicos compreendem menos os mecanismos envolvidos nas doenças, e, pelo menos em algumas regiões do mundo, a perda de visibilidade da Patologia como especialidade médica resultou em falta de patologistas dedicados à carreira acadêmica e à prática diagnóstica. Nesta revisão, discutimos o cenário internacional e comentamos como a nova realidade atingiu, na prática, o ensino da Patologia em duas escolas médicas tradicionais do Brasil.

ABSTRACT

The gradual adoption of new directives in medical undergraduate curricula has dramatically changed the role of the pathologist in medical education. The practical consequences of these changes have been a reduction of space dedicated to pathology and the role of the pathology professor in the medical curriculum. As a result, new doctors have less knowledge of the basic mechanisms of diseases and, at least in some parts of the world, a loss of visibility of the specialty has led to a dwindling number of potential new pathology residents and more vacancies in academic and surgical/diagnostic pathology. This review discusses the international scenario and comments on how the new curriculum has affected Pathology Education in two traditional medical schools in Brazil.

Recebido em: 09/05/2015

Aprovado em: 11/04/2016

^I Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

^{II} Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Patologia é a ponte entre as ciências básicas e a prática clínica, e a compreensão dos processos patológicos é fundamental para o exercício da medicina. Durante todo o século XX, a Patologia ocupou papel de destaque na formação médica, sendo que o ensino da Patologia na graduação sempre teve como objetivos principais: (a) fornecer linguagem/terminologia médica básica para descrever doenças; (b) explicar as alterações funcionais e morfológicas associadas às doenças, permitindo ao médico em formação compreender e interpretar manifestações clínicas do paciente¹.

A gradual adoção de novas diretrizes curriculares afetou dramaticamente a atuação do professor de Patologia no curso médico. Mesmo que poucos autores manifestem abertamente que a compreensão dos processos patológicos não é importante para a formação médica², o resultado prático das mudanças adotadas foi a redução do espaço do ensino da Patologia na graduação e a perda de espaço do professor médico patologista no curso médico. Como consequência, os novos médicos compreendem menos os mecanismos envolvidos nas doenças, e, pelo menos em algumas regiões do mundo, a perda de visibilidade da Patologia como especialidade médica resultou em falta de patologistas dedicados à carreira acadêmica e à prática diagnóstica¹.

Em 2009, um dos autores deste ensaio participou de revisão sobre a experiência internacional da educação em Patologia em meio à transição entre os modelos curriculares³. O artigo já vislumbrava uma crise grave do ensino da Patologia na graduação. O objetivo deste ensaio é atualizar o tema com dados mais recentes do Brasil e da experiência internacional, bem como com os desafios específicos do ensino da Patologia em duas universidades federais com histórico papel na Patologia acadêmica brasileira.

EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

Desde o final da década de 1980, o currículo médico vem sofrendo mudanças graduais, que incluem maior foco num eixo de conteúdo básico principal, incremento de módulos opcionais, fim da separação entre anos pré-clínicos e de prática clínica, prioridade para atividades de autoinstrução e redução de informação factual. Como regra geral, atividades de autoinstrução ganharam espaço, associadas ao efeito prático de substituir o tempo destinado à Patologia no curso médico^{1,4,5}.

O modelo tradicional, com uma disciplina de Patologia Geral no ciclo básico e de Patologia dos Sistemas no ciclo clínico, virtualmente sumiu, pois a Patologia passou a ser integrada por todo o curso médico. Como consequência, em muitas escolas médicas este campo do conhecimento médico é des-

conhecido pelos graduandos. Essa especialidade médica, que no modelo tradicional rivaliza em importância com a Clínica Médica ou a Cirurgia, deixou de ser assunto que mereça aprofundamento no curso médico¹.

Alguns autores advogam que os novos médicos não precisam conhecer os mecanismos de doença. O argumento é de que a medicina é uma disciplina humanística e não deveria ter como objetivo criar “máquinas científicas” e que o conhecimento maior dos processos patológicos não reduz o impacto das doenças². Esta posição nos remete à visão oposta, citada em ensaio prévio, do ex-presidente do Royal College of Pathologists do Reino Unido, John Lilleyman^{3,4}: “aos estudantes de hoje é ensinado tudo sobre como lidar com a morte, mas muito pouco sobre as causas de morte”. Mesmo que pouca literatura diretamente defenda o fim da Patologia como área de conhecimento na formação médica, o resultado prático da transição curricular segue esta direção. Aparentemente, a Patologia vem desaparecendo no curso médico juntamente com outras ciências básicas, seguindo assim o objetivo de redução de informação factual a ser oferecida aos graduandos^{1,6}.

O ensino das alterações morfológicas e dos mecanismos de doenças pode ser transferido do professor de Patologia para o ambiente do ensino baseado em problemas sem prejuízo da formação do médico? Os relatos disponíveis sugerem que não. Em Manchester, a mudança curricular foi iniciada no começo da década de 1990. Um dos questionamentos feitos aos formados pelo modelo tradicional e pelo modelo integrado era “se julgava seu preparo menor que o razoável para entender os mecanismos de doença”: 24% dos formados pelo modelo integrado e apenas 0,8% dos formados pelo modelo tradicional responderam afirmativamente a esta questão⁷. Em 2001, entrevistas com formados na Guy’s, King’s and St Thomas’ School of Medicine de Londres chamaram atenção para a falta de conhecimento em Patologia e Terapêutica⁸. Nos Estados Unidos, os dados da década passada alertam para a queda nos escores de avaliação dos médicos recém-formados para diversas áreas de ciências básicas, incluindo os referentes à Patologia Geral⁹. Os supervisores de residência médica dos Estados Unidos compartilham a percepção de que os médicos iniciam os programas de residência médica em Patologia com uma formação mais fraca em histologia, em conceitos básicos de fisiopatologia e em correlação anatomoclínica¹⁰.

Pelo menos nos Estados Unidos, esta perspectiva de pior desempenho em Patologia Geral ao final do curso médico impulsionou uma política de estímulo à integração da Patologia aos anos clínicos da graduação. Ademais, identificou-se que a baixa exposição ao conteúdo e à orientação por professores médicos patologistas gera desconhecimento sobre como intera-

gem patologistas e clínicos/cirurgiões, a natureza do trabalho do patologista e as informações que este pode prover, gerando má aplicação de recursos em testes laboratoriais¹¹. Uma amostragem recente de 30 escolas médicas avaliadas mostrou que houve pouco avanço neste sentido, e os principais obstáculos identificados foram: competição pelo tempo do estudante nas disciplinas de Clínica, dificuldade de reconhecer a Patologia como uma disciplina aplicada ao contexto clínico e resistência dos próprios departamentos de Patologia em assumir mais responsabilidades num contexto de restrições de recursos¹¹.

Para além do interesse maior do tópico, que é a formação do médico, é importante notar que o desaparecimento da Patologia no curso médico traz outras consequências na prática assistencial. No Reino Unido, um dos países que iniciaram a transição para os novos modelos de currículo, o número de vagas ociosas para médicos patologistas saltou de 4 em 1992 para 219 em 2004¹. Em 2002, mais de 10% das posições para patologistas estavam vagas em 2002¹². O Conselho Britânico de Escolas Médicas chamou atenção para a queda de 40% no número de patologistas acadêmicos entre 2000 e 2004. Em 2006, o número de professores de Patologia (*lecturers*) representava apenas 19% do quadro total do ano 2000. Ao mesmo tempo, o número de alunos em escolas médicas aumentou 40% no Reino Unido entre 2000 e 2006. Em várias escolas britânicas, a Patologia não é mais ensinada por médicos patologistas, e seu conteúdo está contemplado nos cenários do ensino baseado em problemas. O Conselho Britânico de Escolas Médicas afirmou que esta redução teria graves consequências na formação dos médicos e na capacidade de realizar pesquisa médica no Reino Unido¹. A pouca procura pela Patologia como opção de residência médica é aparentemente um problema atual em diferentes continentes¹³.

De modo mais direto, o ex-presidente do Royal College of Pathologists da Australásia atestou que o papel da Patologia no curso médico foi “reduzido e marginalizado com a ascensão do ensino baseado em problemas nas escolas médicas australianas”⁴. Nos Estados Unidos, está claro que a inserção da Patologia nos cursos de graduação mudou radicalmente em pouco tempo e que os professores patologistas compartilham “um alto grau de incerteza quanto à forma e ao conteúdo do currículo nos próximos anos, com uma preocupação real de se a Patologia continuará sendo reconhecida como uma carreira pelos médicos em formação”(p.201)¹⁰.

A preocupação com o espaço que tem o estudo da Patologia no curso médico atual, portanto, não tem fronteiras. O pouco tempo destinado à Patologia no currículo, o preparo específico dos educadores na área e a superficialidade da abordagem são temas recorrentes. No que se refere à superficia-

lidade, alguns professores de Patologia ficariam estarelecidos com a adoção da Wikipedia, uma enciclopédia *online* feita em colaboração pelos usuários, como fonte de estudo. No entanto, alguns professores britânicos passaram a considerar seriamente esta possibilidade em virtude da nova geração de estudantes, que tem predileção pelo estudo em ambiente virtual¹⁴.

Numa visão mais otimista, Sadofsky e colaboradores¹⁵ constataam que o modelo de disciplinas integradas nos Estados Unidos virtualmente aboliu as aulas com o nome oficial de “Patologia”. Segundo os autores, a Patologia não deixou de ser importante. Tornou-se apenas “invisível”. Nesta perspectiva, os autores trabalham em três ramificações da Patologia que devem estar presentes no curso médico seja qual for o modelo de currículo adotado: compreensão dos mecanismos e processos de doença; aplicação do conhecimento dos mecanismos de doença na Patologia dos Sistemas; e aplicação da Patologia na medicina diagnóstica¹⁵. Os autores afirmam que “nós, patologistas, não estamos na posição de fazer o mundo de acordo com os nossos desejos, mas precisamos afinar o discurso do que é essencial que o estudante de graduação em Medicina compreenda” (p.332). E esta posição deverá ter impacto no futuro da educação médica.

De modo similar, Marshall e colaboradores¹⁶ comentam que “enquanto o trem moderno da educação médica acelera, os patologistas correm o risco de ficar presos na plataforma argumentando sobre as vantagens do trem a vapor” (p.309). Por outro lado, constataam que o cenário colocado dá margem à ansiedade quanto à real possibilidade de que um assunto de importância central na medicina esteja sendo negligenciado na formação médica.

Uma abordagem similar é sugerida pelos professores Benbow e McMahon¹⁷, da Escola Médica de Manchester, na Inglaterra. Com o título sugestivo de “atraindo estudantes para disciplinas invisíveis”, os autores constataam que “patologistas têm um problema com a educação médica moderna” (p.4) e conclamam seus colegas patologistas a assumir posição de tutores e liderança na organização dos semestres. Desta forma, eles garantiram a presença dos temas de Patologia no currículo. Esta experiência poderia nos estimular à pergunta inversa: quando não há professor de Patologia na organização dos semestres, o tema simplesmente desaparece?

Na mesma linha, pontuam Taylor *et al.*¹⁰: em sua experiência em 15 escolas médicas do Oeste e Meio-Oeste norte-americano, das quais oito adotavam o ensino integrado da Patologia, o melhor desempenho dos alunos nas questões que envolviam Patologia no *National Board of Medical Examiners (NMBE)* e no *US Medical Licensing Examination (USMLE)* não dependeu do uso de microscópios em aulas práticas ou de

uma disciplina separada, mas, sim, do grau de controle exercido pelos professores médicos patologistas sobre o conteúdo e a forma de abordagem dos temas.

A SITUAÇÃO DO ENSINO DA PATOLOGIA NO BRASIL

Existem poucos dados sobre em que medida a tendência de transformação curricular afetou o ensino da Patologia no Brasil. O Departamento de Ensino da Sociedade Brasileira de Patologia, em parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica, enviou, em agosto de 2009, um questionário sobre o tema a 132 instituições de ensino superior. O questionário foi respondido por 40 escolas¹⁸.

A fotografia daquele momento, até hoje a mais recente, mostrava que 5 escolas (13%) ofereciam programa de internato médico em Patologia, e a maioria dos cursos ainda mantinha um componente curricular específico destinado à Patologia Geral (78%) e à Patologia dos Sistemas (75%). A metodologia empregada abrangia aulas expositivas e práticas em 38%, ensino baseado em problemas em 8%, e uma mistura dos dois cenários em 55%. Os cursos contam com docentes médicos patologistas em 95%, e 28% contam com docentes formados em outras áreas da Saúde (não médicos). Em um curso apenas, a Patologia era ensinada em conjunto por um odontólogo e um veterinário. A importância da Patologia na sua relação com a pesquisa aplicada é ilustrada pela resposta de que em 75% dos cursos eram realizadas pesquisas em Patologia com a participação de estudantes de graduação.

Uma questão importante na análise destas respostas, como em qualquer trabalho baseado em questionários enviados a instituições de ensino, é o provável viés de que só respondem aos questionários as escolas que tenham maior interesse na área de educação médica em geral e educação em Patologia em particular. Neste cenário, a Patologia apresenta relativa preservação de sua importância em vários cursos, o que pode representar a realidade de apenas alguns deles. Não é possível, no entanto, inferir em que extensão as 40 instituições respondentes representam a realidade da educação médica no Brasil. É provável que a presença de professores sem especialização em Patologia ou a ausência de componente curricular específico de Patologia sejam mais comuns nas escolas médicas que não responderam ao questionário.

De qualquer forma, o mesmo artigo comenta a preocupação do Departamento de Ensino da Sociedade Brasileira de Patologia, que busca encontrar razões para a diminuição da procura dos formandos pela especialidade. O artigo sugere que atividades extracurriculares, em especial as ligas acadêmicas, seriam uma alternativa para chamar a atenção dos estudantes de Medicina para a Patologia como especialidade médica.

EXPERIÊNCIA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

A Universidade Federal do Paraná (UFPR) foi fundada em 1912. A história desta instituição, considerada a mais antiga universidade brasileira, mescla-se com a história da criação da Faculdade de Medicina do Paraná¹⁹.

A disciplina de Anatomia e Fisiologia Patológicas, parte do currículo médico nessa universidade desde 1913, antecedeu as atuais disciplinas de Patologia Básica e Anatomia Patológica. A incorporação dessa disciplina ao ensino médico ocorreu seis anos após a estruturação do ensino da Patologia em universidades britânicas, encabeçada por Turnbull, que implementou demonstrações *post mortem* e a realização de necropsias no arsenal educativo da época no mesmo ano em que houve nas universidades britânicas e americanas a percepção da necessidade de elevar o nível científico da prática médica e de fortalecer as cadeiras tradicionais^{1,20}. Porém, foi apenas em 1935 que o ensino da Patologia adquiriu o formato conhecido, disseminado e testado pelo tempo: a cadeira passou a estar a cargo de um patologista e houve a organização de um museu de peças anatômicas, coleções de lâminas microscópicas e a instituição de discussões anatomoclínicas. Em 1961, o então Departamento de Anatomia e Fisiologia Patológicas mudou-se para o recém-estruturado Hospital de Clínicas da UFPR, sinalizando a aproximação desejada entre a Patologia e as demais cadeiras consideradas tradicionais.

Desde então, o ensino da Patologia Básica e da Anatomia Patológica está alocado entre os ciclos básico e clínico, sendo verdadeiro divisor de águas na formação médica. Porém, em anos recentes, observou-se, como em outras escolas, um declínio da participação do professor médico patologista na formação do médico, pois deixaram de ser atribuições deste disciplinas como Histologia e Patologia Básica. A consolidação da última reforma curricular, em 2009, deu grande ênfase à incorporação de disciplinas do campo de humanidades ao currículo médico, à perda da divisão entre os ciclos pré-clínico e clínico, ao reconhecimento de organizações, métodos e fluxos no serviço médico, e ao desenvolvimento de competências, em lugar de um currículo estruturado em disciplinas. A disciplina de Anatomia Patológica manteve-se obrigatória, semestral e não integrada, com carga horária de 180 horas, das quais 120 horas são dedicadas a atividades práticas. Ao estágio obrigatório, realizado nos quatro semestres finais do curso, foram incorporadas 20 horas de estágio no Serviço de Anatomia Patológica, sob supervisão direta de um professor médico patologista, para promoção de vivência da especialidade e modulação de expectativas, benefícios e limitações da atuação do especialista. Ainda que

as avaliações de ambas as disciplinas, por parte dos alunos, sejam majoritariamente positivas, tanto entre o corpo docente, quanto o discente, expressa-se o anseio de que os conteúdos de Patologia Básica e Anatomia Patológica sejam combinados ao longo de dois semestres e inteiramente assumidos pelos médicos patologistas.

Embora o Departamento de Patologia Médica disponha de 16 professores, dos quais 13 médicos patologistas, e haja certa autonomia com relação aos conteúdos a serem abordados, urge definir um *core curriculum* em Patologia Básica e de Sistemas e qual abordagem didática e pedagógica renderá maior retenção de conteúdo e aprendizado. Experiências como as relatadas por Maley *et al.*²¹ mostram que a autonomia, parte das estratégias de estudo autodirigido (SDL), é fundamental ao processo de aprendizado. Contudo, os alunos reconhecem e valorizam claramente a presença de professores comprometidos com a transmissão de conhecimentos, formação e motivação de novos profissionais.

EXPERIÊNCIA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

A Patologia teve um papel fundamental na formação dos médicos que estudaram na Universidade Federal da Bahia (UFBA) durante toda a segunda metade do século XX. Gerações de professores e pesquisadores surgiram a partir da escola fundada pelo professor Zilton Andrade. Estes professores formam o atual corpo docente da Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA) e parte importante do corpo de pesquisadores do Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz (Fiocruz-BA).

No modelo que funcionou por décadas, os estudantes cursaram a Patologia Geral e dos Sistemas (Patologias I e II) em disciplinas com carga horária elevada, em que se alternavam aulas de microscopia, discussões anatomoclínicas e estudos dirigidos com pequeno número de alunos, além de aulas expositivas em grandes anfiteatros. O modelo, hoje dito tradicional, por décadas investiu em atividades de autoinstrução dos estudantes (estudos dirigidos de Patologia Geral) e integração com a Clínica (discussões anatomoclínicas da Patologia dos Sistemas). Até a virada do século, as disciplinas do Departamento de Patologia e Medicina Legal gozavam de destaque no currículo do curso médico, figurando entre as mais organizadas e de melhor nível²².

Na UFBA, a transformação curricular foi efetivada em 2007²³. No caso da Patologia, buscou-se um caminho de integração com o ensino aplicado da Clínica e Cirurgia, conforme recentes esforços relatados nos Estados Unidos¹¹. Ao contrário do que ocorreu na maioria das escolas do mundo, a carga horária formal da Patologia no curso de graduação da UFBA

não foi reduzida. No entanto, a carga horária da Patologia Especial foi fragmentada/pulverizada em quatro semestres com o intuito de criar disciplinas (as Patologias Cirúrgicas I a IV) que deveriam acompanhar os rodízios/módulos de Clínica e Cirurgia.

O curso de Patologia Geral preservou as aulas teóricas, os estudos dirigidos com pequeno grupo de alunos e inclusive as aulas e avaliações de lâminas de microscopia, esta última uma prática que se tornou rara nos últimos 20 anos e provavelmente desaparecerá nos Estados Unidos¹⁰.

As Patologias Cirúrgicas sofreram e continuam sofrendo desde o início da transformação curricular com uma série de dificuldades, das quais podem ser destacadas:

- São componentes curriculares com pequena carga horária e, por isso, muitas vezes percebidas como disciplinas “menores” pelos estudantes;

- A falta de efetiva organização dos módulos clínicos e cirúrgicos, muitas vezes, deixa o curso de Patologia sem ter com o que se integrar;

- A carga horária reduzida impede o aprofundamento de temas relevantes. As doenças mais importantes não podem ser estudadas além do superficial;

- A expansão da Patologia para cobrir quatro semestres e o engessamento dos rodízios fazem com que sobre tempo para tratar de Patologia de Órgãos/Sistemas muito específicos.

A opção pelo modelo pretensamente integrado, mas que funciona como disciplinas independentes, cria uma situação em que a fragmentação dos conteúdos é um problema grave: a carga horária disponível, os horários disponíveis e o número de professores impedem o funcionamento ideal. Em contrapartida, a integração almejada não é alcançada. Um mesmo semestre tem no programa os conteúdos da mesma determinada área/especialidade (Clínica/Cirurgia e Patologia), mas os temas abordados pelas mesmas disciplinas não são necessariamente os mesmos e não são apresentados de forma coordenada. O funcionamento da Clínica e Cirurgia em rodízios impede que todos os alunos acompanhem a Patologia em paralelo ao módulo que efetivamente cursam. A lógica de fragmentação está mais presente do que a de integração.

A percepção atual é que a transformação curricular criou, paradoxalmente, um sistema de formação baseado num rodízio de especialidades. No que se refere especificamente à Patologia, o rodízio em especialidades criou uma situação em que a integração efetiva raramente ocorre; e a Patologia passou a tratar de temas específicos e raros que não abordava no modelo anterior, em que numa disciplina única e maior os professores de Patologia escolhiam os temas que deveriam ser priorizados.

Este cenário compartilha um problema frequentemente abordado em relatos internacionais que é a perda da autonomia dos departamentos de Patologia em controlar o conteúdo a ser abordado¹⁰. Em oposição às novas diretrizes curriculares, o atual ensino da Patologia aumentou o conteúdo factual e a discussão de doenças específicas de cada especialidade médica.

DISCUSSÃO

A Patologia não pode ser compreendida apenas como uma ciência básica. Se o modelo integrado retira da Patologia o destaque que tinha como ponte entre os conteúdos dos anos pré-clínicos e clínicos, não é possível perder de vista que a Patologia fornece uma compreensão dos mecanismos de doença, terminologia médica e é fundamental à comunicação entre clínicos e o paciente, visto que a interpretação de laudos anatomopatológicos é fator fundamental para a decisão terapêutica e a determinação de prognóstico. A correlação da Patologia com a aplicação prática destes conhecimentos na Clínica será mais bem realizada por um professor com formação médica e especialização na área do que por outros profissionais de Saúde que militam apenas na área básica¹⁸. Ainda mais importante: se compreendemos que um dos aprendizados mais importantes que um médico deve levar do seu contato com a Patologia na graduação é entender um laudo anatomopatológico, não é possível conceber quem melhor poderia ensinar além daquele que efetivamente redige estes laudos. Os patologistas veem com incredulidade que sua área de atuação está sendo progressivamente substituída por tutores da área biomédica – para eles, isso faz tão pouco sentido quanto tutores biomédicos ensinarem Clínica Médica ou Cirurgia. Pelo exposto na experiência internacional, alguns dados já mostram que as mudanças curriculares apresentam claros sinais de formação deficiente na compreensão dos mecanismos de doença.

É irônico o argumento de que o conhecimento dos processos patológicos não reduziu o impacto das doenças² justamente numa época em que, mais do que nunca, a compreensão de mecanismos moleculares envolvidos em doenças cada vez mais serve como base para o desenvolvimento de terapias personalizadas com alvos moleculares (com forte participação da Patologia Acadêmica)²⁴ – terapias estas que dependem da determinação de fatores prognósticos (dependentes da Patologia Diagnóstica)²⁵. O conhecimento desta área fundamental para diversas áreas da Medicina, notadamente para a Oncologia, some da formação médica quando ela passa a ter o maior impacto sobre o tratamento dos pacientes; assim como se reduz o estímulo para a carreira na especialidade Patologia quando ela passa a ser cada vez mais fundamental para o diagnóstico e prognóstico das doenças.

CONCLUSÃO

O currículo moderno suprime a Patologia de sua grade, e este erro deve ser corrigido¹. O maior objetivo dos professores de Patologia para os próximos anos deve ser chamar a atenção para a importância do conteúdo que ensinam, a importância que a compreensão dos processos patológicos tem na formação médica e a importância que a Patologia (acadêmica e diagnóstica) tem hoje em dia, em especial no progresso científico e nas informações que permitem tratamentos cada vez mais personalizados para pacientes oncológicos.

REFERÊNCIAS

1. Domizio P. 12 The Changing Role of Pathology in the Undergraduate Curriculum. In: Hall PA, Wright NA, editors. *Understanding Disease: A centenary celebration of the Pathological Society*. London: Wiley; 2006. p. 137-52.
2. Jackson M, Arnott B, Benbow EW, Marshall R, Maude P. Doctor's don't need to know about the pathological basis of disease. *ACP News*. 2003;Spring:33-9.
3. Athanazio DA, Neves FCBS, Boaventura CS, Athanazio PRF. O ensino de Patologia nas escolas médicas está em crise? Uma revisão sobre a experiência internacional. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009;33(1):49-54.
4. Weedon D. Whither pathology in medical education? *The Medical journal of Australia*. 2003;178(5):200-2.
5. Finucane PM, Johnson SM, Prideaux DJ. Problem-based learning: its rationale and efficacy. *The Medical journal of Australia*. 1998;168(9):445-8.
6. McDermott J. An undergraduate strategy for pathology. *The Bulletin of The Royal College of Pathologists*. 2014;166(April):81-2.
7. Jones A, McArdle PJ, O'Neill PA. Perceptions of how well graduates are prepared for the role of pre-registration house officer: a comparison of outcomes from a traditional and an integrated PBL curriculum. *Medical education*. 2002;36(1):16-25.
8. Lempp H, Cochrane M, Seabrook M, Rees J. Impact of educational preparation on medical students in transition from final year to PRHO year: a qualitative evaluation of final-year training following the introduction of a new year 5 curriculum in a London medical school. *Medical teacher*. 2004;26(3):276-8.
9. Ling Y, Swanson DB, Holtzman K, Bucak SD. Retention of basic science information by senior medical students. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2008;83(10 Suppl):S82-5.
10. Taylor CR, DeYoung BR, Cohen MB. Pathology education: quo vadis? *Human pathology*. 2008;39(11):1555-61.

11. Magid MS, Cambor CL. The integration of pathology into the clinical years of undergraduate medical education: a survey and review of the literature. *Human pathology*. 2012;43(4):567-76.
12. Ruiter DJ, Roald B, Underwood J, Prat J. UEMS Section of Pathology/European Board of Pathology. Histopathology training in Europe: a lesson for other specialities? *Virchows Archiv*. 2004;444(3):278-82.
13. Hung T, Jarvis-Selinger S, Ford JC. Residency choices by graduating medical students: why not pathology? *Human pathology*. 2011;42(6):802-7.
14. Wood A, Struthers K. Pathology education, Wikipedia and the Net generation. *Medical teacher*. 2010;32(7):618.
15. Sadofsky M, Knollmann-Ritschel B, Conran RM, Prys-towsky MB. National standards in pathology education: developing competencies for integrated medical school curricula. *Archives of pathology & laboratory medicine*. 2014;138(3):328-32.
16. Marshall R, Cartwright N, Mattick K. Teaching and learning pathology: a critical review of the English literature. *Medical education*. 2004;38(3):302-13.
17. Benbow EW, McMahon R. Attracting students to the invisible disciplines. *Manchester undergraduate medical news*. 2009;18(Summer):4.
18. Hahn MD. Respostas do Questionário: O Ensino de Patologia/Anatomia Patológica na Graduação. *O Patologista*. 2010;99(1):4-7.
19. Bleggi-Torres FL. História da Patologia no Paraná. In: Franco MF, Soares FA, editors. *A História da Patologia no Brasil: Sociedade Brasileira de Patologia*; 2001. p. 10-23.
20. Flexner A, Updike DB. *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie foundation for the advancement of teaching*. New York; 1910.
21. Maley MAL, Harvey JR, De Boer B, Scott NW, Arena GE. Addressing problems in teaching pathology to medical students: blended learning. *Medical teacher*. 2008;30:e1-e19.
22. Andrade ZA, Andrade SG. História da Patologia na Bahia. In: Franco MF, Soares FA, editors. *A História da Patologia no Brasil*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Patologia; 2001. p. 192-201.
23. Formigli VL, Barbosa HS, Lima MAG, Araujo I, B., Fagundes NC, Macedo RSA. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da FMB/UFBA. *Gazeta Médica da Bahia*. 2010;79(1):3-47.
24. Walk EE. The role of pathologists in the era of personalized medicine. *Archives of pathology & laboratory medicine*. 2009;133(4):605-10.
25. Connolly JL, Schnitt SJ, Wang HH, et al. Role of the Surgical Pathologist in the Diagnosis and Management of the Cancer Patient. In: Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, et al, editors. *Holland-Frei Cancer Medicine*. 6th ed: BC Decker; 2003.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

O autor D.A.A. redigiu o esboço do manuscrito de revisão e a experiência recente no âmbito da UFBA. A autora M.F.S.S. revisou criticamente o manuscrito, adicional conteúdo intelectual à revisão e redigiu a experiência no âmbito da UFPR.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Daniel Abensur Athanazio
Universidade Federal da Bahia – Faculdade de Medicina da Bahia
Departamento de Patologia e Medicina Legal
Praça XV de Novembro, s/nº
Largo do Terreiro de Jesus – Salvador
CEP 40025010 – BA
E-mail: daniel_fiocruz@hotmail.com