

Medicina no Recôncavo: histórias de cuidado e inovações na formação

Paula Hayasi Pinho
Marla Niag dos Santos Rocha
Lidiane de Fátima Barbosa Guedes
Fernando Ribas Feijó
(Organizadores)



Medicina no Recôncavo:
histórias de cuidado e inovações na formação

REITOR

Fábio Josué Souza dos Santos

VICE-REITOR

José Pereira Mascarenhas Bisneto

SUPERINTENDENTE

Rosineide Pereira Mubarack Garcia

CONSELHO EDITORIAL

Leila Damiana Almeida dos Santos Souza

Leilane Silveira D'Ávila

Luciana da Cruz Brito

Maurício Ferreira da Silva

Paula Hayasi Pinho

Paulo Henrique Ribeiro do Nascimento

Rafael dos Reis Ferreira

Rosineide Pereira Mubarack Garcia (Presidente)

Rubens da Cunha

SUPLENTES

Carlos Alfredo Lopes de Carvalho

Marcílio Delan Baliza Fernandes

Tatiana Polliana Pinto de Lima

COMITÊ CIENTÍFICO

(Referente ao Edital n°. 001/2020 EDUFRB – Coleção Sucesso
Acadêmico na Graduação da UFRB)

Paula Hayasi Pinho

Marla Niag dos Santos Rocha

Lidiane de Fátima Barbosa Guedes

Fernando Ribas Feijó

João Cláudio Barreto Neiva

EDITORA FILIADA À



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Paula Hayasi Pinho
Marla Niag dos Santos Rocha
Lidiane de Fátima Barbosa Guedes
Fernando Ribas Feijó
(Organizadores)

Medicina no Recôncavo: histórias de cuidado e inovações na formação



Editora UFRB
Cruz das Almas - Bahia
2023

Copyright©2023 by Paula Hayasi Pinho, Marla Niag dos Santos Rocha, Lidiane de Fátima Barbosa Guedes e Fernando Ribas Feijó

Direitos para esta edição cedidos à EDUFRB

Projeto gráfico, capa e editoração eletrônica

Antonio Vagno Santana Cardoso

Foto da capa

Tiago Botelho. Raízes Recôncavas (2016)

Revisão e normatização técnica

Cleber Tourinho de Santana

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

M489

Medicina no Recôncavo: histórias de cuidado e inovações na formação / Organizadores: Paula Hayasi Pinho... [et al]._ Cruz das Almas, BA: EDUFRB, 2023. 298p.; il.

Este Livro Eletrônico é parte da Coleção Sucesso Acadêmico na Graduação da UFRB, Volume XXXVII.

ISBN: 978-65-88622-33-9.

1.Medicina – Estudo e ensino. 2.Medicina – Extensão universitária. 3.Pesquisa e desenvolvimento – Análise. I.Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde. II.Pinho, Paula Hayasi. III.Rocha, Marla Niag dos Santos. IV.Guedes, Lidiane de Fátima Barbosa. V.Feijó, Fernando Ribas. VI.Título.

CDD: 616

Ficha elaborada pela Biblioteca Universitária de Cruz das Almas - UFRB. Responsável pela Elaboração Antonio Marcos Sarmento das Chagas (Bibliotecário - CRB5 / 1615).

Livro publicado em 29 de maio de 2023.



Editora UFRB

Rua Rui Barbosa, 710 – Centro
44380-000 Cruz das Almas – Bahia/Brasil

Tel.: (75) 3621-7672

editora@reitoria.ufrb.edu.br

www.ufrb.edu.br/editora

Sumário

Prefácio

Clara Maia Bastos..... 11

Apresentação

Fernando Ribas Feijó, João Cláudio Barreto Neiva,
Lidiane de Fátima Barbosa Guedes,
Marla Niag dos Santos Rocha, Paula Hayasi Pinho 15

Raízes: mulheres negras e saúde mental

Emanuelle Souza Oliveira Ferreira, Daiana Gonçalves Ribeiro,
Rafaela Assunção Costa Souza, Lidiane de Fátima Barbosa Guedes,
Joaquim Tosta Braga Neto..... 21

Mulheres protagonistas nos direitos à saúde

Maria Beatriz Silva da Costa, Neilane Pereira Dourado,
Samara Almeida Guimarães, Míris Andrade Peixoto Tedgue 37

Partilhando saberes e desconstruindo preconceitos

Juliete de Jesus Santos, Ana Maria Vieira da Silva,
Keline Santos de Carvalho, Paula Hayasi Pinho..... 51

Intervenções educativas com equipe de saúde

Beatriz Sacramento Oliveira, Eduarda de Jesus Barreto,
Mayara dos Santos Souza Ribeiro, Tatiana Almeida Couto 65

Experiência com o aprendizado baseado em problemas

João Cláudio Barreto Neiva, Emanuel de Araújo Sobral,
Joedyson Emmanuel de Macedo Magalhães,
Marcilio Delan Baliza Fernandes, Raoni da Silva Andrade,
Sibele de Oliveira Tozetto Klein..... 79

Simulação realística no curso de medicina

Cleto José Sauer Júnior, Dóris Firmino Rabelo 93

Modelos de baixo custo no ensino da medicina

Ana Clara Menezes Petersen, Camila Neri Carigé,
Camylla Nunes de Melo, Joir Lima de Oliveira Júnior,
Paulo Plessim de Almeida Filho, Tainá Amorim Gois,
Wemíria de Fátima Lima Lopes 107

MBE: da educação médica ao big business

Tânia Guimarães Lapa, Marcelo Dourado Rocha,
André Luis Mattedi Dias..... 121

Transgeneridade e nome social

Helena Moraes Cortes, Antônio Kawakame Neto 135

Assombrada(mente): alucinações ou visões espirituais?

Elizângela Silva Santos, Natália Oliveira dos Santos,
Karoline Santos de Almeida, Helena Moraes Cortes,
Paula Hayasi Pinho 151

Ansiedade e depressão?! Mindfulness!

Myriam Raffaella Rabelo Criscuolo, Sandro Silveira Soares Sobrinho,
Helena Moraes Cortes, Paula Hayasi Pinho..... 165

Libras na formação médica na Bahia

Anderson Rafael Siqueira Nascimento, Isabella Nader Reis,
Maurício Santos de Assis, Wemíria de Fátima Lima Lopes 177

Criação de um grupo de pesquisa em cirurgia

Douglas Apolônio dos Santos, Ana Carolina Silva Pinto,
Bruna Souza dos Santos, Yago Vinicius de Santana Brito,
Mithaly de Jesus Teixeira, Paulo Plessim de Almeida Filho,
Joir Lima de Oliveira Júnior, Marla Niag dos Santos Rocha 189

Lagorb: sucesso e protagonismo estudantil

Caio Luiz Coelho Ferreira dos Santos,
Marcos André Medrado da Cruz,

Abdias de Souza Alves Júnior, Raissa Figueirêdo Carvalho,
Adailton Alves da Costa Filho, Jéssica Mariana Lima de Oliveira,
Marla Niag dos Santos Rocha, Sibebe de Oliveira Tozetto201

Escrevivências de uma formação interprofissional

Carlos Antônio Assis de Jesus Filho, Cíntia André dos Santos,
Ícaro Ferreira da Silva, Jéssica Góes da Silva,
Luana dos Santos Conceição Motta, Luana Maria Gabriel Barreto,
Marcos André Medrado da Cruz, Ana Maria Freire de Souza Lima,
Mariângela Costa Vieira215

Sentir: laboratório de sensibilidades

Larissa Nascimento Pinto, Ana Karolline Oliveira Caldas,
Gabrielle de Almeida Ferreira, Ádna Caroline dos Santos Almeida,
Raícia dos Santos Carneiro, Lidiane de Fátima Barbosa Guedes,
Monique Araújo de Medeiros Brito, Evelyn Siqueira da Silva,
Ana Maria Freire de Souza Lima, Frederico Borges de Andrade,
Millen Carvalho Cerqueira da Silva229

Pet-medicina: capacitação em RCP

Abdias de Souza Alves Júnior, Bruno Carvalho Marques,
Edemilton Ribeiro Santos Júnior, Sibebe de Oliveira Tozetto,
Clara Maia Bastos Lírio243

Curso pré-internato em obstetrícia

Abdias de Souza Alves Júnior, Darcy Andrade Cardoso Lima,
Jéssica Mariana Lima de Oliveira, Adailton Alves da Costa Filho,
Caio Luiz Coelho Ferreira dos Santos,
Valéria Dantas Alves Ferreira, Marla Niag dos Santos Rocha255

Inovação e integração em encontro de ligas acadêmicas

Luana Brunelly Araújo de Lima, Ivana Karolina Sousa Santos,
Juliana Gonçalves Dias, Adailton Alves da Costa Filho,
Abdias de Souza Alves Júnior, Jéssica Mariana Lima de Oliveira,
Caio Luiz Coelho Ferreira dos Santos,

Ana Lucia Moreno Amor, Marla Niag dos Santos Rocha269

Sobre os autores e as autoras281

Prefácio

Clara Maia Bastos

É com alegria e satisfação que o Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) apresenta este livro, fruto de trabalhos de extensão, pesquisas científicas e experiências educativas exitosas desenvolvidas nesta universidade. A obra compõe a Coleção Sucessos Acadêmicos na Graduação da UFRB, e vem coroar todo o esforço que tem sido investido na consolidação do curso de Medicina da UFRB.

Este curso foi criado em 2013 com a proposta de construir uma formação médica diferente da tradicional, rompendo com o ensino flexneriano e com o modelo biomédico de saúde. A proposta de ensinar a medicina e formar médicos e médicas voltados para a realidade social de uma região no interior da Bahia incorpora diversos saberes médicos e uma busca incessante pelo conhecimento que contemple a compreensão aprofundada da realidade social brasileira e das necessidades da população.

Os cursos da área de saúde da UFRB representam um avanço para o sistema educacional brasileiro, pois entre seus pilares constitutivos incluem-se modelos teóricos científicos que entendem a determinação social do processo saúde-doença. De forma extremamente pertinente, o ensino da medicina no Recôncavo da Bahia discute objetos centrais para a produção de saúde, analisando o papel das desigualdades sociais, dos modos de vida e de viver, do trabalho, do racismo, do sexismo, dentre outros fatores, na determinação da saúde. A produção de conhecimento dentro do Centro de Ciências da Saúde da UFRB tem profundo compromisso ético-político e científico, agregando a complexidade da sociedade e dos sujeitos como objetos centrais de estudo, analisados a partir dos melhores métodos que a ciência proporciona para o avanço do conhecimento.

A medicina da UFRB soma-se, ainda, à construção do maior sistema de saúde público do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual enfrenta desafios históricos desde a sua criação e tem seus dilemas e obstáculos dificultados com as políticas neoliberais da atualidade. Se por um lado a necropolítica se aprofundou nas instituições e no Estado brasileiro ao longo dos últimos anos, privando a população de seguridade social, acesso à saúde e uma vida digna, agravando iniquidades históricas e reforçando o viés repressor, racista e intolerante do Estado, a universidade pública livre, autônoma, de excelência, que se constitui a partir do livre pensar, é um dispositivo social que resiste ao negacionismo científico e se opõe ao entendimento da saúde como uma mercadoria. O curso de Medicina da UFRB cumpre seu papel primordial de defender a saúde como direito público e universal, compreendendo determinantes de saúde historicamente negligenciados.

Os trabalhos e produções apresentados perpassam diversas áreas do campo da saúde e da medicina, como saúde coletiva, saúde mental, saúde da mulher, saúde da população negra, promoção da saúde, atenção primária à saúde, clínica médica, cirurgia, urgência e emergência, entre outros. Da mesma forma, a compilação destes trabalhos traz à tona o esforço coletivo do corpo docente e discente de construir métodos de ensino diferenciados, refletindo sobre as experiências positivas de utilização de metodologias ativas no curso de Medicina. O livro demonstra, ainda, a profunda implicação da universidade em atuar próxima da comunidade, rompendo muros (nem tão) imaginários para uma construção coletiva e para um compartilhamento de conhecimentos que se dê junto às pessoas, incluindo os grupos sociais historicamente marginalizados e vulnerabilizados.

Os textos, compostos por uma gama de conhecimentos e saberes, apresentam ações educacionais, pesquisas e projetos de extensão voltados para a comunidade e para a transformação de todos/as os/as atores e atrizes que participam dos processos de produção de saúde, com foco na produção de conhecimento e em um processo

ampliado de ensino-aprendizagem. A marcada integração ensino-serviço-comunidade fica explícita nos diversos relatos e práticas de ensino, investigações sociais, clínico-epidemiológicas e atividades complementares da formação discente, reforçando o tripé universitário de ensino, pesquisa e extensão.

A publicação da Coleção Sucesso Acadêmico na Graduação mostra a solidez da UFRB enquanto Instituição de Ensino Superior, reforçando o papel central desta que é a universidade com o maior número de alunas e alunos negros e negras do país. Em 2019 e 2020, o curso de Medicina formou suas duas primeiras turmas, proporcionando um acréscimo de qualidade na atenção à saúde e cuidado integral das pessoas da região do Recôncavo, um local com déficit histórico de profissionais médicos. Todas as relevantes produções compartilhadas neste livro foram desenvolvidas no âmbito do Centro de Ciências da Saúde, berço desta escola médica inovadora e das comunidades que o cercam. O corpo docente e a comunidade acadêmica do Curso de Medicina e do CCS merecem reconhecimento por estes trabalhos realizados com tanto afinho e qualidade, avançando no processo de construção de uma medicina autônoma, socialmente engajada e libertadora.

Apresentação

Fernando Ribas Feijó

João Cláudio Barreto Neiva

Lidiane de Fátima Barbosa Guedes

Marla Niag dos Santos Rocha

Paula Hayasi Pinho

“vou aprender a ler prá ensinar meus camaradas”

Roberto Mendes e Capinam

O livro “Medicina no Recôncavo: histórias de cuidado e inovações na formação” reúne diversas experiências da comunidade acadêmica da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), as quais têm contribuído para a história e consolidação do primeiro curso de Medicina na região do Recôncavo Baiano.

O corpo de autores e autoras deste livro apresenta diversas experiências acadêmicas desenvolvidas a partir de um trabalho intelectual, ético-político e afetivo de professores, professoras e discentes de graduação do curso de Medicina no âmbito do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFRB. Coube a este coletivo de autores e autoras o papel de produzir, reunir e documentar a diversidade de experiências de ensino, pesquisa e extensão que atravessam e expandem as relações entre a Universidade e a comunidade do Recôncavo.

A materialização desta obra possibilita que a Coleção Sucessos Acadêmicos na Graduação da UFRB traduza a experiência exitosa na formação médica nesta universidade pública no interior da Bahia, evidenciando o compromisso com uma formação em saúde que atenda às necessidades da população brasileira e, em especial, do Recôncavo Baiano.

Este e-book retrata o ensino, a pesquisa e a extensão desenvolvidos no curso de Medicina da UFRB, pilares fundamentais

da universidade pública, gratuita e de qualidade, que se pauta no respeito à diversidade dos modos de vida da população e na garantia de acesso a uma educação crítica, sensível, digna e fiel aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta direção, os capítulos são apresentados por linhas de afinidades temáticas, abrangendo os diferentes eixos formativos, e oferecendo ao leitor uma série de conteúdos para reflexões e diálogos.

O capítulo 1, "Raízes: mulheres negras e saúde mental", apresenta, de maneira aprofundada e tocante, o tema do cuidado da saúde mental de mulheres negras de religião de matriz africana, cujas vivências nos processos de cuidado-ensino-aprendizagem evocam outros olhares ao processo formativo em saúde. As autoras e o autores trazem a centralidade do racismo como determinante de sofrimento psíquico, trazendo reflexões centrais para a prática dos serviços e da formação em medicina.

No capítulo 2, intitulado "Mulheres protagonistas nos direitos à saúde", as autoras relatam a experiência vivenciada por acadêmicos da UFRB em outro componente curricular, o qual possibilitou a oferta de um curso de educação popular para mulheres. Relata-se, a partir dessa vivência, o aprofundamento de temas como a participação social, a criação de redes de apoio e a construção e garantia de direitos.

Compreendendo a importância da criação e desenvolvimento de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos para pessoas com transtornos mentais, o capítulo 3, "Partilhando saberes e desconstruindo preconceitos", traz o relato de uma vivência em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Mediante a construção de uma oficina de artesanato, em um estágio do Internato de Medicina, discutem-se a descentralização do conhecimento, a importância de uma relação horizontal entre usuários/as e profissionais para construção de linhas do cuidado, além da definição de atividades a partir da demanda dos/as próprios/as usuários/as.

O capítulo 4, "Intervenções educativas com equipe de saúde", relata uma experiência de intervenção educativa junto a uma equipe de saúde, por meio do envolvimento dos/as profissionais do serviço,

docentes e discentes em diversas atividades e práticas relacionadas à área. O capítulo traz reflexões sobre processos de trabalho e sobre a saúde dos/as trabalhadores/as, discutindo estratégias de promoção da saúde e autocuidado que qualificam o aprendizado e a integração ensino-serviço.

Já o capítulo 5, "Experiência com o aprendizado baseado em problemas", aborda a experiência do ensino através do uso de metodologias ativas e inovadoras, retratando a vivência em torno de um componente curricular que adota a aprendizagem baseada em problemas (Problem-based learning – PBL) como metodologia central, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades médicas e para o aprimoramento do raciocínio clínico.

Da mesma forma, o capítulo 6, "Simulação realística no curso de medicina", aprofunda a reflexão sobre as metodologias ativas na UFRB, através do relato da experiência exitosa de outro componente curricular obrigatório, que inclui o uso da simulação realística em suas atividades. O trabalho reforça a necessidade da reformulação dos currículos dos cursos de Medicina, entendendo a centralidade do/a estudante no processo de aprendizagem.

O capítulo 7, "Modelos de baixo custo no ensino da medicina", descreve o benefício da utilização de instrumentos de baixo custo ao aprendizado das técnicas operatórias básicas frente à impossibilidade de desenvolver o treino e o aprendizado diretamente em seres humanos, animais vivos ou simuladores caros. As autoras e autores discutem a geração de conhecimentos, o estímulo às discussões e a satisfação discente com o componente.

O capítulo 8, "MBE: da educação médica ao big business", expõe a importância da medicina baseada em evidências, suas vantagens e desvantagens para a padronização de condutas utilizadas na medicina moderna. A autora e os autores finalizam o texto expondo aspectos éticos importantes sobre a prática baseada em evidências científicas, permitindo uma reflexão sobre sua utilização.

O capítulo 9, "Transgeneridade e nome social", versa sobre o direito de reconhecimento de pessoas transgêneras. Por meio de um

estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, o autor e a autora analisam o uso do nome social nos serviços de saúde em um município do Recôncavo da Bahia na perspectiva de pessoas transgêneras, discutindo suas repercussões.

A revisão narrativa que compõe o capítulo 10, intitulada "Assombrada(mente): alucinações ou visões espirituais?", aborda aspectos conceituais das alucinações e das visões espirituais, discutindo os olhares acerca da compreensão dessas experiências humanas à luz de diferentes perspectivas teóricas, sociais e culturais. As autoras atentam para as relações entre os fenômenos, destacando a linha tênue entre patologia e espiritualidade.

O capítulo 11, "Ansiedade e depressão?! Mindfulness!", reflete sobre mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação de saúde que estimulam o autocuidado, o que pode reverter o processo de adoecimento do indivíduo. A partir dos achados, as autoras e o autor discutem a humanização do tratamento de transtornos psiquiátricos através das práticas integrativas complementares de saúde.

O estudo apresentado no capítulo 12, "A Libras na formação médica na Bahia", analisa a oferta do componente curricular Libras na matriz dos cursos de Medicina das universidades públicas da Bahia e ressalta a importância da abrangência do ensino de Libras na formação médica para garantia da atenção integral à pessoa surda.

O capítulo 13, "Criação de um grupo de pesquisa em cirurgia", reflete sobre a relevância da iniciação científica na trajetória acadêmica do/a estudante, relatando a experiência de construção de um grupo de pesquisa do curso de Medicina da UFRB. As autoras e autores descrevem diversos projetos que vêm sendo desenvolvidos no escopo da cirurgia, discutindo perspectivas futuras para a pesquisa na área.

O capítulo 14, intitulado "LAGORB: sucesso e protagonismo estudantil", retrata a fundação da Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia do Recôncavo da Bahia (LAGORB) e apresenta seus produtos acadêmicos desenvolvidos desde a sua criação, em 2013. A partir do relato, discute-se o impacto do projeto na trajetória formativa dos seus integrantes.

O capítulo 15, "Escrevivências de uma formação interprofissional", discorre sobre a história de implantação da Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF) enquanto um espaço de troca de conhecimentos e produção de sentidos e autonomia dos/as discentes, discutindo também o papel das Ligas Acadêmicas no tripé ensino-pesquisa e extensão.

O capítulo 16, intitulado "SENTIR: laboratório de sensibilidades", relata o processo de criação e desenvolvimento de um projeto de extensão que se pauta pelos princípios de Paulo Freire e da Filosofia da Diferença, proporcionando experiências libertadoras em saúde através da arte, e inspirando transformação e autonomia dos sujeitos. As autoras e o autor descrevem a marcada interdisciplinaridade do projeto, que abarca discentes de todos os cursos da área da saúde da UFRB.

"PET-Medicina: capacitação em RCP" é o título do capítulo 17, o qual traz o relato de experiência dos/as envolvidos/as no PET-Saúde/Medicina. Com ênfase no aprendizado da Reanimação Cardiopulmonar (RCP), as autoras e autores retratam a capacitação de leigos/as em Suporte Básico de Vida (SBV) realizada em 11 Unidades de Saúde da Família através da criação da "onda de capacitação".

As autoras e autores do capítulo 18, intitulado "Curso pré-internato em obstetrícia", descrevem a utilização da simulação realística, integrando conhecimentos teóricos e práticos, no desenvolvimento de habilidades e competências dos/as alunos/as no curso pré-internato de ginecologia e obstetrícia. Retratam o aprimoramento da humanização, do raciocínio clínico e a maior acurácia do processo de aprendizagem com as intervenções.

E, por fim, o capítulo 19, "Inovação e integração em encontro de ligas acadêmicas", debruça-se sobre a experiência de implantação do projeto de extensão InterGO, fruto da LAGORB, discutindo seu impacto na formação em saúde no cenário da Ginecologia e Obstetrícia da UFRB. Contextualiza-se a importância da extensão, dimensão que abarca as Ligas Acadêmicas, como forma de promover o protagonismo discente no itinerário formativo da graduação em Medicina.

Com essa imensa variedade de experiências acadêmicas exitosas, no contexto de um curso de Medicina inovador e desafiador, as organizadoras e organizadores deste livro convidam leitoras e leitores a conhecerem e vivenciarem as diferentes produções do tripé formativo da Medicina da UFRB.

Raízes: mulheres negras e saúde mental

Emanuelle Souza Oliveira Ferreira
Daiana Gonçalves Ribeiro
Rafaela Assunção Costa Souza
Lidiane de Fátima Barbosa Guedes
Joaquim Tosta Braga Neto

Introdução

A escrita que abre passagem neste capítulo se inscreve nos encontros clínicos entre um grupo de estudantes de medicina, uma professora-psicóloga e mulheres negras que se cuidam em um serviço de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), campo de prática do Internato Saúde Mental em Redes, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). A escuta do sofrimento psíquico dessas mulheres, em seus diversos modos de expressão, suscitou inquietações e reflexões acerca da dimensão ética do cuidado em saúde mental frente a relação entre racismo e loucura. Diante da diversidade de opressões percebidas como lugar-comum na vida dessas mulheres, uma linha de vida se destaca: o lugar da mulher negra de religião de matriz africana nos espaços de cuidado em saúde mental. Como se escuta, como se acolhem as questões de matriz africana trazidas pelas mulheres em sofrimento psíquico? Qual espaço é oferecido para dar passagens às expressões culturais de matriz africana enquanto saber legítimo de cuidado em sua herança ancestral? Como a escuta dessas mulheres pode afetar a formação médica em saúde mental, a partir do nosso lugar de fala e na direção de combate ao racismo e cuidado de seus impactos na saúde mental? Como nos posicionamos eticamente a partir do lugar de fala de cada uma delas?

A escrita narrativa com viés cartográfico foi adotada como linha metodológica para acompanhamento da processualidade dos encontros, tendo como norte o saber que emerge do fazer e que toma a

dimensão da experiência como prioridade. O método cartográfico visa acompanhar processos de produção de subjetividade na formação e requer, para isso, dispositivos, por meio da sua capacidade de irrupção naquilo que se “encontra bloqueado para criação, e seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos, que dão a tudo o mesmo sentido. O dispositivo tensiona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca agenciamentos. Ele é feito de conexões e ao mesmo tempo produz outras” (KASTRUP; BARROS, 2015, p. 13).

Uma escrita ética e política foi ganhando forma em meio ao acompanhamento da força dos encontros com as mulheres para “dar língua aos afetos que pedem passagem” (ROLNIK, 2011, p. 23) frente a colonização das vidas e tentativas de apagamento da expressão da dimensão sociocultural do povo negro. Neste relato de experiência, a expressão de uma escrita encamada, afetada, compartilhada entre o coletivo de estudantes de medicina, ensaia não escrever sobre o outro, mas uma subversão em escrever pela inscrição de si nos encontros com o outro. A escrita como acionadora das memórias vividas possibilitou um cruzamento de linhas de vida: a oralidade das mulheres, seus saberes ancestrais e a nossa formação, ainda que subterrânea, do lugar de escuta.

Nesse sentido, a escrita narrativa evoca uma inscrição de memórias afetivas, tecendo linhas que cruzam histórias, sendo possível perceber desvios e surpresas em nosso processo de subjetivação na trajetória da formação médica. A organização do capítulo, portanto, se apresenta na composição de memórias, um alinhavo entre linhas da experiência-escrita, afetos, rupturas e novos caminhos na medicina a partir do encontro com mulheres negras. De início, paralelo ao método cartográfico, uma ética: não ocuparemos o lugar de contar sobre as histórias dessas mulheres, um lugar de olhar superior, uma supervisão distante e observadora. O nosso interesse é construir e expressar outros modos de contar a nossa história na formação em saúde mental no curso de Medicina da UFRB. “Narrativas pretas abrem passagens”.

Se as pessoas não tiverem vínculos profundos com sua memória ancestral, com as referências

que dão sustentação a uma identidade, vão ficar loucas neste mundo maluco que compartilhamos (KRENAK, 2019, p. 8).

"Ô de Casa"

Não imagine que há facilidade ao entrar. Temos que pedir licença para passar. Tudo aqui foi construído com ancestralidade, com raízes tão profundas que não emergem da terra simplesmente, e as que próximas da superfície chegam não são fáceis de ver ou vivenciar. São raízes fortes, longas, de madeira firme, de gosto ácido, talvez intragáveis. O terreno, por sua vez, não se semeia rapidamente. É preciso gentileza e permissão para que algo novo germine, ramifique. A beleza se esconde atrás das cascas grossas hereditárias que foram criadas como proteção. A sensação é de natureza divina, africana, espiritual. Cada passo nosso dado é cuidadoso, místico e cultural. Nosso corpo dança nessa andança e a entrega é o caminho para experienciar os diversos sentimentos que estão por vir.

O grupo Clínica Raízes do Recôncavo, apelidado de "Raízes", integra o eixo formativo "cultura-clínica e questões étnico-raciais" do Internato Saúde Mental em Redes do curso de Medicina da UFRB. Dois momentos marcaram a escolha do nome "Raízes": 1) A formação de um espaço de "ensinância sobre folhas" com uma das usuárias do serviço como mestra-protagonista do em-sinar, em conjunto com a professora e um grupo de estudantes que escutavam, aprendiam e registravam seus ensinamentos sobre rituais de cuidado ancestrais através das ervas. E 2) a reação explosiva de algumas mulheres, frente a um convite para uma oficina de fotografias, ao revelarem que odiavam fotos e que há muito tempo não se olhavam no espelho por se acharem feias e indignas de verem sua própria imagem, discussão essa que será retomada mais à frente.

O Raízes é integrado por mulheres negras, que se reúnem em um espaço localizado nos fundos de um serviço de saúde mental do SUS. O "fundo" é uma extensão de terra fofa e preta, com pé de erva-cidreira, capim-santo, coentro e amendoim. Recordamos da

aceroleira, de frutos saborosos que ao caírem naturalmente do “pé” enfeitavam o chão de vermelho e adubavam a terra. Lenta e quieta a vasta sombra fornecida pelos galhos da árvore não ficava sozinha, logo embaixo cadeiras se ajuntavam e a vida era assim partilhada. Logo ao lado, uma mesa grande de madeira com cadeiras em volta acomodava e reunia todas as mulheres em um só momento, em uma espécie de organização socioespacial própria, que dialogava com o sentimento de grupo, de povo afro-brasileiro, nos gerando sentimentos de encantamento, mistérios e inseguranças.

Como nos mostra Vanda Machado (2013, p. 44), “ali nos parecia impossível a desconexão entre corpos, história, memória, ancestralidade e ação que se permite emergir num contexto de muitas lógicas e significados”. A partir dessa leitura, identificamos que elas representam um grupo de mulheres que cuidam de mulheres e apresentam fortes vínculos e semelhanças em suas histórias, entrelaçando-se em uma estrutura complexa de hierarquias, conflitos, amizade, opressões e cuidado mútuo. Como não lembrar o quanto se desorganizaram enquanto grupo quando a figura central daquele convívio, representada por uma sacerdotisa de um terreiro de candomblé, ausentou-se para cumprir com seus ritos religiosos. Ou quando sofrem dos “males do juízo, do corpo ou do espírito”, como elas costumavam se referir, o elo entre elas é o remédio que não poderia faltar.

A força desse coletivo de mulheres se manifestava também na rede de apoio entre elas, que independia de nossa presença ou dos técnicos de saúde, uma vez que eram elas as principais referências de cuidado umas para com as outras. Essa ética nos ensina sobre a atenção comunitária oriunda dos terreiros e quilombos, cujos valores e princípios se alicerçam no cuidado quanto ao respeito às suas memórias, representações simbólicas, às relações de fé, força, resistência e identidade mítica e étnica. Como nos em-sina Machado (2013, p.42):

Ser, numa comunidade de terreiro, está associado também ao poder, aos postos, aos cargos honoríficos. Aprender a ser, aprender a vida são

valores básicos do povo de santo. A cada tempo, o saber de cada tempo para ser, para cuidar de si, do outro e da vida [...] no terreiro, pelas vivências, aprende-se a ser-endo participando dos fazeres comunitários [...] no terreiro aprende-se pela rememoração vivenciada seguindo múltiplos códigos de comportamentos específicos para vida comunitária, inclusiva e solidária.

É nesse cenário de aprendizagens e ensinanças que os encontros clínicos se davam, através do toque, do estar perto, do se fazer presente e do exercício do silêncio para ativar uma escuta acolhedora. Muitas vezes não percebemos como nossa escuta se tornou embranquecida, então “é preciso ouvir o silêncio. As tecnologias que nos conectam à prática do bem viver são ancestrais. Precisamos romper com a escolarização feita pelo estado colonial” (SIMAS; RUFINO, 2020, p.55). A partir dessa leitura, percebemos que a escuta tornou-se uma ferramenta clínica potente, possibilitando-nos uma troca importante de histórias atravessadas pelos contextos sociais dessas mulheres negras do Recôncavo. Essa vivência convocou nosso olhar para a compreensão da ancestralidade, enquanto uma entidade que não representa apenas relações consanguíneas, mas que reivindica o fazer filosófico dos povos africanos, trazendo categorias analíticas que contribuem para a produção de sentidos e experiências na medicina (OLIVEIRA, 2012). Nas palavras de Simas e Rufino (2020, p.55), a ancestralidade que percorre nossa experiência é compreendida como:

[...] fundamento ético que interliga diferentes expressões da existência. Na experiência do nascer, do morrer ou nos refazimentos cotidianos se expressam o nosso caráter provisório, inacabado e dialógico. [...] As sabedorias ancestrais ensinam que não existe no universo o grande e o pequeno. O que há é a harmonia entre as coisas que possuem tamanhos distintos, sem relações de grandeza que, desprovidas de sentidos, não acrescentam nem diminuem nada.

Esse conhecimento repercute em nossa forma de olhar-escutar essas mulheres, enxergando-as não apenas como usuárias de um serviço de saúde mental, mas como mulheres que foram marginalizadas

socialmente e acabam expressando as marcas do racismo através do adoecimento psíquico. Ao vivenciarmos essa grupalidade, percebemos trajetórias tão duras que nos provocam a pensar que outros olhares são possíveis ao atravessar e conhecer as suas histórias marcadas por violência, exclusão, opressão e discriminação.

No Raízes, a atmosfera é de fechamentos e aberturas de movimentos, atitudes e racionalidades, tal como uma porta que oportuniza a passagem para múltiplas possibilidades de olhares e cuidado, sem eliminá-lo, ou dele prescindir. Desse modo, as práticas compartilhadas no referido espaço buscaram conhecer e abrir passagem para a existência ancestral dessas mulheres, que araram a terra da vida com suas próprias mãos, semeando palavras e fertilizando modos de cuidado originário, comunitário, resguardando valores éticos e sagrados. Isso implica dizer que “bater à porta”, ao mesmo tempo que anuncia uma presença, é, também, expressão de luta política e respeito em relação ao território do outro.

“Posso Entrar?”

A porta que separa o corpo feminino negro, que subverte a ordem das performances contidas na simbologia do suposto normal embranquecido, é, sim, um elemento na estrutura social capaz de apontar um novo paradigma ético-estético-político, dimensões pouco valorizadas na formação médica. Não à toa, a metáfora da porta emite signos e, em certa medida, provoca frestas por onde escapam insubmissões frente às racionalidades médicas e seus efeitos na produção do cuidado em saúde mental. É possível dizer que a porta aqui mencionada assume múltiplas significações, produz valor social, que no encontro cotidiano com o sofrimento psíquico marcado pelo racismo evoca desafios na sua passagem. Não há nenhum mistério em atravessar uma porta – este é ato comum e corriqueiro. Acontece que a porta aqui representada é puro dever.

Adentrar o “fundo” e fazer uma aproximação com o grupo não foi uma tarefa fácil. À primeira vista, parecia que não éramos bem vindas, ouvimos até alguns comentários duros sobre nós, que variavam entre o

“vá de retro” e o “até acham que sabem de alguma coisa”. Essas falas refletiam a imagem representada pela medicina como um lugar de escuta vazia, de medicalização, e retratavam as experiências prévias de exclusão vividas por essas mulheres. “A gente não morde”, elas repetiam, anunciando uma forma de remodelar essa imagem.

Antes de mergulharmos na experiência, conjecturávamos qual poderia ser a origem de tamanha resistência. Nos perguntávamos por que elas se excluía ou eram excluídas, e a resposta era evidente: racismo e loucura. Como dito por Fanon (2008, p. 69):

O racismo consiste, pois, em substituir aquilo que é por algo diferente. Além de uma força de deturpação do real e de um fixador de afetos, é também uma forma de distúrbio psíquico, e é por isso que o conteúdo recalcado volta brutalmente à superfície. Para o racista, ver um negro é não ver que ele não está lá; que ele não existe; que ele não é outra coisa senão o ponto de fixação patológica de uma ausência de relação.

Percebemos que o serviço de saúde mental do SUS é uma amostra da sociedade dita “sã”, e como tal, o racismo lá também se reflete. Sendo assim, a microsociedade da loucura não é homogênea: tais quais na comunidade externa ao serviço, eles e elas formam seus grupos baseados em suas similaridades e dicotomias, que são influenciadas pelos recortes interseccionais de gênero, raça e classe (AKOTIRENE, 2019).

Entendendo a interseccionalidade como fundamental para a compreensão do cuidado em saúde mental das mulheres negras, recorreremos à construção teórica do feminismo negro, que trata da inserção desse termo na teoria crítica de raça. Carla Akotirene (2019, p.37) afirma que “a interseccionalidade nos mostra como e quando mulheres negras são discriminadas e estão mais vezes posicionadas em avenidas identitárias, que farão delas vulneráveis à colisão das estruturas e fluxos modernos”. Essa construção é importante para o entendimento dessas mulheres em suas diversidades, inclusive as de classe, geografias corporificadas e marcações subjetivas (AKOTIRENE, 2019).

Percebemos que alguns/algumas usuários/as se consideram menos loucos do que outros/as, e isso se apresenta de forma evidente nos grupos que naquele território se formam. Esse recorte evidencia-se a partir da exclusão daqueles/as que representam as maiores quebras de padrões, maior gravidade em seu adoecimento psíquico, desamparo familiar ou social. Como comentado por diversos/as usuários/as do serviço, aqueles/as que eram considerados/as mais dependentes, mais desamparados/as ou mais desorganizados/as psicologicamente, eram colocados à margem. Entrelaçado a essa "hierarquia da loucura" existe o racismo e a intolerância religiosa, que não podem ser tratados de forma isolada, afinal, essa dita "intolerância" trata-se "de um racismo que se pretende racional, individual, determinado pelo genótipo e pelo fenótipo, mas transforma-se facilmente em um racismo cultural. Nesse caso, o objeto do racismo já não é o homem particular, mas certa forma de existir" (NOGUEIRA, 2020, p.47).

Percebemos a expressão dessa estrutura de estigmatização e demonização das tradições de origem negroafricana quando ouvimos usuários/as de fora do Raízes falarem que não adentram aquele território por ser um lugar de "macumbeiras", ou ainda quando os/as integrantes do grupo do samba eram intolerantes à ideia de incluir mulheres de terreiro no grupo por acharem que iriam "baixar o santo". Enquanto isso, em resposta, as integrantes do grupo Raízes se negavam a participar da atividade, justificando que "aquilo não é samba de verdade", ficando evidente um cenário de disputas de poder e formas de existência heterogêneas na forma de vivenciar suas negritudes e ancestralidade.

Há ainda as dificuldades que o racismo impõe a mulheres negras em seus variados graus de violência, acrescidas ao estereótipo de incapacidade gerado pela forma como a sociedade enxerga a loucura. Percebemos ainda uma baixa autoestima intelectual, com elas se colocando em uma posição de subalternidade em relação aos supostos detentores do saber acadêmico. A este respeito, convém lembrar o quão eram frequentes as expressões que elas atribuíam a si mesmas, de serem burras e não terem muito a nos oferecer. Considerando essas

questões de exclusão social, o que em um primeiro momento pode ter parecido resistência à nossa presença passou a ser visto como expectativa sobre o que poderíamos construir junto com elas. Ademais, a relutância também demonstrava a necessidade de afirmação de seus lugares naquele ambiente, ao qual não pertencíamos, mas em que, por outro lado, éramos convidados, e não intrusos.

Para construir o vínculo, sentimos a necessidade de criar estratégias de aproximação variadas, de forma espontânea, a partir de nossos estilos e singularidades. O desenvolvimento de caminhos para o acesso e permanência no grupo poderia incluir a adoção de uma posição de pouco destaque, estando presente sem se fazer notar, até que o ambiente se tornasse mais confortável. Ou ainda tentar insistentemente tomar a frente das atividades, fazendo proposições e gerando gatilhos para discussões. Outra opção encontrada foi se refugiar (dada a nossa própria relutância) no preparo do chá, no acolhedor ambiente da cozinha, e posteriormente servir a todas, todos os dias, correndo o risco de receber resmungos sobre o modo de preparo. Mas, de forma geral, chegamos aos poucos, até o momento em que nossa presença passou a ser desejada e até cobrada, bem como os nossos abraços e desejos de "bom dia".

O que permanece constante dentro de nós é poder transpor a porta imaterial, pedir a permissão do habitante e partilhar de aberturas na prática clínica. Trata-se de um dinamismo nada fácil. No percurso criamos expectativas, nos desanimamos, realizamos uma ampla revisão de nós mesmos, dos diferentes territórios e da existência do outro. Além destes aspectos, é importante ressaltar, o quanto as ciências biomédicas, ao criarem divisórias na saúde, nos fragiliza, pois, não legitima como "boa clínica" esta que é fundada nos fluxos desejantes, capaz de emitir afetos e modos de cuidar (des)coloniais. Neste percurso, encontramos ressonância na leitura de Liliam Silva e Richard Serraria (2019, p.280):

O discurso decolonial surge como processo de re-humanização frente às estruturas materiais e simbólicas que assediam a humanidade dos seres humanos e promove um (des)aprender

daquilo que foi imposto e assumido para voltar a reconstituir o ser. A pedagogia decolonial é um discurso sobre a colonialidade e a (des) colonialidade do ser conectada ao fazer: não basta que os discursos circulem na academia, é necessário que docentes desenvolvam práticas como pedagogias que fazem questionar e desafiar a razão única da modernidade ocidental e do poder colonial que ainda se mantém presente.

É neste confronto, ou neste paradoxo, entre ser sujeito ativo de mudança e ser sujeitado a uma clínica hegemônica que ousamos atravessar a porta de um serviço de saúde mental, criando uma relação de encontro mútuo com corpos femininos negros com direito de existir, expressar-se e (re)territorializar. Em que consistiria transpor a porta, então? Olhar para o nosso próprio lugar de fala e colocar em análise a nossa própria posição de poder. A partir das histórias dessas mulheres, nos questionamos: de onde falamos? Quais os efeitos de nossa fala? Por que nos sentimos desautorizados a falar? Quem são os protagonistas da fala que emitimos? O nosso lugar de fala reproduz privilégios, silencia outras vozes? Considerando as correlações de forças e as marcas históricas, ao referir a importância do lugar de fala, afirma Djamila Ribeiro (2017, p.16):

Quem possui privilégio social, possui o privilégio epistêmico, uma vez que o modelo valorizado e universal da ciência é branco. A consequência dessa hierarquização legitimou como superior a explicação epistemológica eurocêntrica conferindo ao pensamento moderno ocidental a exclusividade do que seria conhecimento válido, estruturando-o como dominante e assim inviabilizando outras experiências do conhecimento.

Na esteira de Ribeiro (2017), adotamos a postura ética de reconhecer o lugar de privilégio do qual falamos. Abrir as portas da medicina é, essencialmente, um processo que vai se constituindo em estreita vinculação com seu tempo sócio-histórico, entrelaçada com saberes ancestrais de terreiro. São aberturas das ciências médicas

que suscitam reflexões, concretizam-se e ganham materialidade a partir de narrativas e territorialidades negras.

Uma das atividades realizadas, o escalda-pés, demonstrou a abertura dessa porta do cuidado entre a medicina e o saber ancestral. Tal prática tornou-se um importante ato de (auto)cuidado e facilitador para escuta das angústias dessas mulheres. O ritual do escalda-pés foi construído através de ensinanças proporcionadas por essas mulheres, o que constituiu uma atividade construída no coletivo e com vieses ancestrais importantes. O contato com os pés reconfigurou nossa prática clínica e nos reposicionou, abrindo portas. Nosso lugar nessa prática era sentados(as) no chão com nossas mãos em contato com a água morna, aromatizada. Nossa posição nunca foi, nesse contexto, um reflexo submisso de serventia, esse lugar, caso vocês se permitam estar, é de aprendizado, é hereditário, é de cuidador. Os pés são desprezados na clínica, diariamente, porém, nessa prática eles foram protagonistas, trouxeram histórias, indicaram condições de higiene, até mesmo de saúde. O escalda-pés foi um verdadeiro exercício de reposicionamento subjetivo e do cuidado.

“Com Sua Licença”

O corpo da mulher negra, ao longo da história da loucura no Brasil, sempre esteve em local de comércio, de deslegitimação. Por toda a nossa história arrancaram nossa identidade, tudo que vem da pretitude sempre foi considerado anormal. A força e o protagonismo dessas mulheres nos inspiraram e nos ensinaram a construir com elas outros destinos para o corpo negro na medicina. As atividades terapêuticas desenvolvidas no Raízes eram baseadas em abordagens que buscavam valorizar sua identidade, seus conhecimentos e a estética negra como modo legítimo de cuidado.

Nos encontros da Clínica Raízes, ofertamos cuidado através das oficinas de turbantes, adotamos a pintura das unhas, maquiagens e o uso de registros fotográficos como trabalho de valorização da estética negra para que elas conseguissem se ver além do que a sociedade impôs. Imaginemos o quão difícil é se olhar em um espelho e não se

reconhecer mais, ter vergonha de soltar os cabelos “duros”, achar que unhas vermelhas não combinam com mulheres negras e se privar dessas e de outras formas de expressão e construção da autoestima.

Tratando-se de questões identitárias mais subjetivas, citamos como exemplo certo encontro vivenciado por nós no qual esse processo se evidenciou: quando uma das usuárias nos disse que deveríamos chamá-la por “Mãe”, como uma forma de reconhecimento da figura religiosa a qual se identificava. Desta forma, não poderíamos negar sua identidade, e a partir daquele dia ela assim seria reconhecida por nós. A incorporação de tais elementos simbólicos da herança cultural dos terreiros contribuiu para a formação e fortalecimento dos vínculos. Essa estratégia, bem como a adoção dos pedidos de bênção que também se tornaram cotidianos, nos causou estranheza, não por serem tradições alheias ao nosso cotidiano, pelo contrário: o estranhamento veio de trazer algo tão familiar e informal para a prática médica.

As atividades de autocuidado se mostraram importantes, visto que por vezes o sofrimento psíquico carrega consigo muito fortemente um abandono à autovalorização e à autonomia. Nesse sentido, um dos cuidados de maior mobilização e desconforto era a pintura de unhas, entendendo esse processo como terapêutico e não apenas estético. Era através do ato de nos sentarmos em frente a elas que conseguíamos acessar diversos sofrimentos, fossem eles psíquicos ou biológicos. Durante a graduação, aprendemos semiologicamente sobre alterações de pele e anexos como marcadores de diversas patologias, assim, durante nossa terapêutica estávamos exercendo a medicina de forma ampla e sensível.

O encontro com a identidade em ser mulher negra também ocorreu em nós, que, ao nos depararmos com seus relatos de vida, a maneira como se sentiam em relação aos padrões da sociedade, constatamos que também vivenciamos isso desde a infância. Quando pequenas, já usávamos produtos para “diminuir” nossos volumes de cabelos ou tínhamos vergonha da nossa cor ou lábios grossos, e por todas as vezes que tivemos receio em falar a palavra “negra”. Por isso, também como elas, passamos por um processo de aceitação da nossa

cor, do nosso cabelo, da nossa ancestralidade e assim, diariamente, estamos nos aceitando e desenvolvendo um senso de pertencimento quanto ao nosso lugar nessa sociedade tão excludente. Dessa forma, por meio do reconhecimento de quem somos, conseguimos acessar aquele grupo, afinal, não estamos tão distantes delas. Elas nos remetem ao nosso próprio espelho mediante os reflexos de nossas raízes familiares: a imagem da matriarca negra que cuida de todos e muitas vezes negligencia a si mesma.

Considerações finais

Despedimo-nos: “Benção, Mãe!”. “Que minha mãe te cubra”, era o que ouvíamos nas despedidas semanais de cada encontro. Cobertos de abraços e bênçãos, nossos caminhos se abriam com mais portas disponíveis para compor nossa clínica, que se tornava cada vez mais ancestral, com elementos construídos conjuntamente com essas mulheres.

Nossa experiência assume uma reversão ética no cuidado que se reflete na acepção da etimologia da clínica: proveniente do *kliné* - e que significa cama, e dá origem ao *klinikos* - aquele que guarda a cama - ratificando a forte herança médica na relação do/a paciente como lugar passivo em uma hierarquia de saber. Nesse sentido, a clínica praticada no Raízes apostou em um princípio ético de reversão do modelo tradicional, que se traduziu na etimologia da palavra *klinos* e *klinamen* que significam inclinação e desvio, abrindo as portas do cuidado para as expressões culturais de matriz africana (PAULON, 2004).

A atitude de mudar o enquadre, usando como exemplo as atividades afirmadas nessa experiência, principalmente quando nos referimos ao campo da medicina, resulta em muita resistência. A clínica médica, na maioria das vezes, é imaginada e construída em torno de algo controlado, climatizado, enquadrado. O movimento de construir um vínculo tão próximo com o/a paciente assusta, pois requer muito deslocamento do lugar de dominação da clínica e do conforto do *setting* ambulatorial. Na atenção psicossocial devemos horizontalizar

o cuidado e entender que nos *settings* abertos quem nos direciona é o/a paciente, sua história e seu contexto. A saúde não cabe em roteiros pré-formulados e burocráticos. Necessitamos dar espaço ao encontro com escuta ativa e valorização das narrativas em todos os aspectos (FRANCO, 2007).

Enfim, todo o alvoroço que envolve nossa prática clínica no Internato de Saúde Mental é baseado no medo da entrega aos afetos que a clínica psicossocial nos oferece, medo de sair do local de dominador que a medicina tradicional tende a proporcionar, o que exige de nós o cultivo da paciência e da coragem. Importante ressaltar que não estamos negando os saberes clínicos tradicionais, mas tão somente propondo uma (des)estruturação e integração de modelos afetivos, reposicionantes na atenção à saúde que se integrem com os saberes tradicionais de herança matriz africana.

O enfrentamento ao racismo é pauta prioritária no campo da saúde pública, sobretudo quando nos remetemos ao sofrimento psíquico da população negra, conforme anuncia Franz Fanon (2008, p.15) quando diz: "gostaria de transformar o negro em um ser de ação. Isto é importante por causa das barreiras à liberdade em ambientes racistas e coloniais. O comportamento patológico é frequentemente apresentado como 'autenticamente' negro". Assim, percebemos a manifestação do sofrimento psíquico atrelado à expressão do racismo vislumbrado a partir das dificuldades em relação à percepção da autoimagem e identificação como pessoa negra: "um rosto humano autêntico é convocado a aparecer. O trabalho do racismo consiste em cobri-lo com um véu" branco (MBEMBE, 2018, p.69). Os anúncios de tais construções racistas reverberam na clínica médica e trazem importantes contribuições para o cuidado em saúde.

O encontro com a história de mulheres negras de raízes fincadas no Recôncavo Baiano nos convoca a olhar, (re)contar e reescrever novos capítulos de nossa própria história. Do lugar de "triste, louca ou má" (FRANCISCO, EL HOMBRE, 2016), macumbeira e perigosa, estruturado pelas engrenagens colonizadoras do racismo opressor, encontramos terreno fértil para germinar as nossas raízes, que se expressam em um

outro lugar na medicina e na vida. O lugar de fala sustenta a posição de um corpo que fala através de muitas vozes. A medicina da UFRB, no encontro com a ancestralidade, vem escrevendo outras histórias. Narrativas pretas encontram passagem: uma vida a seguir, tanto a aprender e a mudar nos caminhos. A estrada é longa e as raízes são fortes: "mesmo que queimem a escrita, não queimarão a oralidade. Mesmo que queimem os símbolos, não queimarão os significados. Mesmo queimando o nosso povo, não queimarão a ancestralidade" (BISPO, 2019, p.13).

Referências

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019. (Coleção Feminismos Plurais).

BISPO, A. **Colonização, quilombos modos e significações**. Brasília: INCTI/UnB, 2019.

FANON, F. **Pele Negra Máscaras Brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, SP, v. 11, n. 23, p.427-438, dez. 2007.

KASTRUP, V; BARROS, R. B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. *In*: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 76-91.

KRENAK, A. **Ideias para mudar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

MACHADO, V. **Pele da cor da noite**. Salvador: EDUFBA, 2013.

MBEMBE, A. **Crítica da Razão Negra**. São Paulo: N-1 edições, 2018.

NOGUEIRA, S. **Intolerância Religiosa**. São Paulo: Pólen, 2020. (Coleção Feminismos Plurais).?

OLIVEIRA, E. D. Filosofia da Ancestralidade como Filosofia Africana: Educação e Cultura Afro-brasileira. **RESAFE**, Brasília, v.18, p.28-47, maio-out. 2012.

PAULON, S. M. Clínica Ampliada: que(m) demanda ampliações? *In*: FONSECA, T. M. G; ENGELMAN, S. (Orgs.). **Corpo, arte e Clínica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p. 275-286.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento, 2017. (Coleção Feminismos Plurais).

ROLNIK, S. B. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006.

SILVA, L. R.; SERRARIA, R. **As narrativas do tambor como práticas decoloniais**. Iluminuras: Porto Alegre, 2019.

SIMAS, L.; RUFINO, L. **Encantamento sobre política de vida**. Rio de Janeiro: Mórula, 2020.

TRISTE, louca ou má. Intérpretes: Salma Jô, Helena Macedo, Labaq e Renata Éssis. Composição: Sebastián Piracés-Ugarte; Rafael Gomes; Mateo Piracés-Ugarte; Andrei Martinez Kozyreff; Juliana Strassacapa. *In*: Soltas Bruxas. Intérprete: Francisco, El Hombre. São Paulo: Navegantes, 2016. Álbum completo disponível on-line em: <https://www.youtube.com/watch?v=i5NLmtmLmaq>. Acesso em: 20 ago. 2021.

Mulheres protagonistas nos direitos à saúde

Maria Beatriz Silva da Costa

Neilane Pereira Dourado

Samara Almeida Guimarães

Miris Andrade Peixoto Tedgue

Introdução

A participação popular constitui um processo de democratização, bem como fundamenta a construção e a melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS constitui a primeira política pública brasileira a legitimar a participação popular como um de seus princípios, esta, por sua vez, ampliou o olhar da assistência à saúde para a coletividade (ROLIM, 2013). Como previsto no art. 1º da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990), a participação ativa da comunidade nas demandas, decisões e acontecimentos que acompanham a saúde pública, resultando na transformação das realidades que permeiam a vida cotidiana da sociedade e promove a saúde como um espaço democrático (BRASIL, 2000).

Nesse contexto, destaca-se a institucionalização de espaços que garantam e incentivam a participação da comunidade no cotidiano do serviço de saúde, através da atuação no planejamento de ações para o enfrentamento dos problemas no âmbito social e institucional (BRASIL, 2006). Dessa forma, a participação popular refere-se às várias ações desenvolvidas por distintas forças sociais para incentivar a elaboração, implementação e monitoramento de políticas públicas (VALLA, 1998).

Assim, a participação popular deve estar presente em espaços institucionalizados, como os conselhos e as conferências de saúde, mas também deve se apresentar na união comunitária, com reuniões e debates acerca de problemáticas, em associações de moradores, audiências públicas, entre outros. Entretanto, atualmente se presencia

uma baixa atuação da comunidade nas decisões relacionadas à saúde, revelando, por vezes, o desconhecimento da população acerca de seus direitos e o desinteresse pelos movimentos sociais existentes (BUSANA *et al.*, 2015).

Nesse cenário, considera-se fundamental assegurar a participação do indivíduo e da comunidade na formulação de estratégias e planejamentos em saúde, assim como o exercício da cidadania e melhoria no acesso ao SUS (BRASIL, 2006). Além disso, apesar de a saúde pública ser um direito, ter acesso a ela, com boa qualidade e sempre que necessário, é um processo difícil, o que muitas vezes tem sido negado à maioria dos brasileiros (TEMPORÃO, 2007). Esse direito ainda é fruto de uma construção constante por meio de lutas, que devem ser empreendidas pelos cidadãos (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012). Para isso é necessário entender o papel de cada indivíduo como agente transformador dentro da formulação das políticas públicas (NASCIMENTO, 2009).

O presente relato de experiência traz um recorte do curso de extensão “Mulheres Educadoras Popular em Saúde (CMEPS)”, voltado para mulheres moradoras do Bairro Cajueiro I em Santo Antônio de Jesus, BA, cuja proposta foi idealizada na perspectiva de estimular a participação popular nas decisões relacionadas à saúde da comunidade, a organização comunitária e a formação de redes de apoio, para atuarem em busca de seus direitos.

Diante disso, o relato tem como objetivo apresentar a experiência das discentes no CMEPS, com enfoque na apropriação de conhecimentos acerca do empoderamento social e da união comunitária para atuar no enfrentamento das dificuldades do acesso à saúde, contribuindo, dessa forma, para a melhoria do SUS.

Método

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da realização do curso “Mulheres Educadoras Popular em Saúde (CMEPS)”. Este foi realizado no período de março de 2018, pelas discentes do quinto semestre do Bacharelado

Interdisciplinar em Saúde (BIS) referente ao ciclo básico do curso de Medicina, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Os locais de pesquisa e atuação dos/as estudantes foram as comunidades Vila Viva, Santo Antônio III, e Zilda Arns, pertencente ao bairro Cajueiro I, em Santo Antônio de Jesus, BA.

O CMEPS foi um curso de educação popular em saúde que, a partir da reflexão sobre a realidade e experiências das mulheres da comunidade, tinha como objetivo a sensibilização e o desenvolvimento de habilidades das participantes para o reconhecimento e exercício de direitos relacionados ao acesso a serviços do sistema público de saúde, participação nos meios de controle social local e do município, reconhecimento de situações de vulnerabilidades, reflexões sobre empoderamento feminino e estímulo ao protagonismo das mulheres na comunidade como formadoras de ideias, mudanças e até mesmo criação e fortalecimento de redes de apoio entre elas.

Para cobrir essa grande responsabilidade, os/as discentes do componente Processo de Apropriação da Realidade (PAR) dividiram-se em grupos de trabalho, os quais foram responsáveis por abordar diferentes facetas legislativas, participativas e as instâncias que envolvem as decisões e a própria utilização da saúde pública. Os temas foram abordados em cinco encontros interdependentes e por meio de diferentes estratégias de ensino.

O início das atividades se deu com um período de instrumentalização teórica acerca da população alvo da ação, a partir dos diários e trabalhos produzidos anteriormente no componente PAR. Além disso, a parceria estabelecida com lideranças comunitárias e com uma Unidade de Saúde da Família de referência possibilitou o planejamento e desenvolvimento das ações.

Neste período, foram realizadas rodas de conversa com a comunidade, como parte das ações do componente curricular PAR. Com isso, as estudantes aproximaram-se de suas vivências, necessidades e dificuldades e selecionaram o público alvo, as mulheres, dada a situação de saúde vivenciada por elas no momento da intervenção.

Durante os meses de novembro de 2017 e fevereiro de 2018, as acadêmicas participantes reuniam-se semanalmente para definir a temática, instrumentalização teórica e elaboração do curso, sendo todo o processo acompanhado pelos professores e professoras do componente curricular PAR.

O módulo 5 do CMEPS foi escolhido como recorte de estudo, com o seguinte tema: "Construindo e conquistando direitos". Para o desenvolvimento das atividades de educação, utilizou-se a oficina como modalidade de ensino, com caráter lúdico-pedagógica, no intuito de promover um ambiente reflexivo e de troca de experiências para a construção conjunta de conhecimentos (CARNEIRO *et al.*, 2015). Além disso, a oficina estabelece uma relação horizontal entre o/a estudante de saúde/educador/a e o sujeito da ação/educando/a (LACERDA, 2013).

O módulo "Construindo e conquistando direitos" teve a participação de 21 mulheres e foi realizado em um dia, dedicado ao desenvolvimento da oficina, no turno da manhã, com duração de seis horas. A atividade ocorreu em uma sala de aula cedida pela UFRB e as mulheres contaram com um ônibus da universidade para dirigir-se até o local.

Segundo Kunz e Souza (2003), alterações práticas no ensino que contribuam para a participação ativa e a cooperação do discente levam a uma compreensão crítica da sua própria realidade, sendo preferível à repetição de discursos sobre uma realidade genérica. Pensando nisso, a dinâmica de grupo foi uma estratégia adotada para abordar o tema, conforme exposto no Quadro 1, considerando-se a perspectiva de Vygotsky (1981) ao afirmar que o grupo é um importante e forte instrumento no processo educacional e na promoção da aprendizagem participativa.

Quadro 1. Dinâmicas utilizadas na oficina CMEPS.

Dinâmica	Método de execução	Objetivo
Dinâmica de apresentação: "Quem sou eu na minha comunidade?"	As participantes se apresentaram e responderam qual seu papel social. Cada uma deveria relembrar a fala da participante anterior.	Promover aproximação entre os sujeitos e exercitar a escuta. Aproximação da temática de consciência social.

Dinâmica dos pontos chave	Seis participantes retiraram um papel numerado, contendo reflexões teóricas, no início da oficina. Fizemos questionamentos e a participante leu o papel correspondente.	Iniciar a reflexão e o debate. Orientar a discussão, com embasamento teórico. Estimular o pensamento crítico.
Criação de fluxograma	Peças de um quebra-cabeças representando os patamares para o acesso ao seu direito, foram confeccionadas pelos educadores. 1. As peças foram dispostas desordenadamente. 2. As participantes ordenaram as peças, formando um caminho de acesso à saúde.	Retomar e reforçar conceitos mais complexos. Reforçar a importância da união comunitária para o acesso e melhoria do SUS.
Dinâmica: "Quem eu desejo ser na minha comunidade?"	As participantes responderam ao questionamento: "Quem eu desejo ser na minha comunidade?". Foi preparado um mural para que elas expusessem suas respostas.	Criar uma ponte entre a teoria e ação. Criar possibilidades de ação. Instigá-las a propagar o aprendizado.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

A gestão do tempo de execução das dinâmicas e atividades do CMEPS consistiu na distribuição de momentos, como consta o Quadro 2, no intuito de melhorar a compreensão dos temas, não se tornarem mentalmente cansativos, dando aos assuntos mais densos leveza na execução. Entre as estratégias adotadas, incluíram-se exercícios de exposição do conhecimento prévio, exemplificação e contextualização dos conteúdos abordados e atividades de fixação.

Quadro 2. Cronograma de atividades da oficina CMPES.

Momentos	Atividades
1º momento	Abertura
2º momento	Café da manhã
3º momento	Apresentação e dinâmica: "Quem sou eu na minha comunidade?" (Oral)
4º momento	Introdução ao tema e aos objetivos
5º momento	Aprofundamento da temática com discussão do caso "Yasmin".
6º momento	Montagem do fluxograma de acesso ao SUS
7º momento	Dinâmica: "Quem eu desejo ser minha comunidade?" (Escrito no mural)
8º momento	Encerramento do módulo

Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Para consolidar a abordagem do tema, as discentes elaboraram um caso fictício sobre a personagem “Yasmim” e seu itinerário diante de um problema de saúde. O caso aborda o controle social no SUS, o protagonismo social e as dificuldades enfrentadas no acesso à saúde. Segundo Feagin, Orum e Sjoberg (1991), citados por Graham *et al.* (2010), o estudo de caso acrescenta uma realidade holística e interativa ao ensino, no qual se trabalha por meio de perguntas e questionamentos ao invés da transmissão direta de soluções, o que permitiu que as estudantes se identificassem com as questões abordadas (GRAHAM *et al.*, 2010).

O caso da Yasmin

Yasmim, 30 anos, é moradora de uma comunidade periférica de Santo Antônio de Jesus. Em um domingo, sua filha Júlia, 10 anos, acordou com tosse, febre e dor no peito. Como a Unidade de Saúde da Família (USF) do seu bairro não funcionava aos finais de semana, ela esperou a manhã seguinte para buscar atendimento. Na USF, no dia seguinte, teve a informação de que só havia vagas disponíveis dentro de 40 dias.

Após 40 dias Júlia não apresenta mais os sintomas, porém, comparece ao atendimento. O médico pergunta o que a criança está sentindo e Yasmim diz que a filha não sente mais nada, mas relata os sintomas anteriores. O médico faz algumas perguntas sobre os hábitos diários (incluindo de higiene) da criança, suas brincadeiras e rotina. Uma das respostas lhe chama a atenção: “Ela gosta de brincar no terreno vazio ao lado da casa, rói as unhas e esquece de lavar as mãos antes de comer”.

Em seguida, o médico examina a criança e percebe algumas alterações que contribuem para o estado geral ruim da criança, como desnutrição e desidratação moderadas e dor abdominal. Ele solicita um exame parasitológico de fezes para pesquisa do ovo de *Ascaris lumbricoides*, preenche uma guia médica e orienta Yasmim a ir até a Central de Regulação para marcar o exame de Júlia.

Na USF, Yasmin não consegue a informação sobre onde seria

a Central de Regulação, mas encontra sua vizinha, que lhe informa onde está localizada. Na manhã seguinte, ela se dirige à Central para marcar o exame. No atendimento, apresenta a guia e só consegue agendar para dois meses depois; no dia marcado, levou as amostras de fezes e aguardou o resultado.

Nesse intervalo de tempo, os sintomas retornam com maior gravidade. Júlia apresenta diarreia, dor abdominal, hiporexia, múltiplos episódios de enjoo, êmese e perda ponderal. Yasmin, vendo o estado da filha, dirige-se à emergência do Hospital Regional, onde, após a realização de radiografia abdominal, são constatadas alterações intestinais significativas, mostrando obstrução característica de uma infecção helmíntica. Diante disso, a equipe médica optou por realizar uma intervenção cirúrgica emergencial, e na operação, a equipe descobriu que se tratava de uma infecção grave por *Ascaris lumbricoides*.

Resultados e discussão

O caminho percorrido para a construção das ações deste projeto foi desafiador e exigiu do grupo o aprimoramento de suas bases teóricas e práticas, tendo em vista a necessidade de se criarem vínculo e empatia com as participantes, a fim de desenvolver uma melhor compreensão acerca do conhecimento compartilhado e gerar o sentimento de autorreconhecimento com as problemáticas abordadas. Além disso, foi preciso trabalhar o entendimento dos impactos negativos gerados quanto à dificuldade de acesso à saúde, quando os espaços de participação social na construção de estratégias e no controle da execução das políticas públicas de saúde não são ocupados.

A realização das dinâmicas apresentadas no Quadro 1 permitiu a troca de conhecimentos e experiências sobre o funcionamento local na atenção primária e contribuiu para o esclarecimento de dúvidas levantadas a respeito do caminho mais adequado, de acordo com cada realidade, para as reivindicações da melhoria de acesso ao SUS.

Todas as participantes mostraram-se receptivas e motivadas a participar, expressando-se sem receio de críticas ou julgamentos. Essa liberdade foi cultivada desde o início da atividade, com a dinâmica

“Qual o meu papel na comunidade?”, pois proporcionou o poder de fala e estabeleceu o respeito ao saber popular, elemento este essencial para o envolvimento das mulheres no processo de promoção à saúde (SILVA *et al.*, 2013).

Atualmente, a ideia de participação social está em crise, pois um novo modelo de sociedade baseada em consumo e na efemeridade desfez os laços afetivos da união comunitária, e tal situação influi em toda coesão social, inclusive na luta do direito social à saúde (DRAIBE, 1999). Entretanto, essa crise se constitui também como uma grande chance de mudança, pois pode motivar pessoas e comunidades para irem em busca de soluções viáveis para seus problemas (CARVALHO, 2014). Com isso, o enfoque na reflexão sobre a participação social com as mulheres foi fundamental para a retomada do sentimento de pertencimento comunitário, no enfrentamento das dificuldades dos serviços de saúde pública.

Por conseguinte, introduzimos o caso fictício de Yasmin, pois o sentimento de mudança já se aflorava e se mostrava necessário entender em quais pontos estavam as problemáticas de acesso ao atendimento efetivo de saúde. Nesse momento, repercutiu-se como a ausência do exercício de direitos impacta diretamente no processo de promoção à saúde, interligado a problemas estruturais frequentemente encontrados em bairros periféricos, tais como a ausência de saneamento básico e coleta de lixo e os obstáculos identificados no acesso ao encaminhamento médico e a exames, que resultam em diagnóstico e tratamento tardios.

Diante disso, as mulheres compreenderam que a luta pelo direito ao acesso à saúde vai além de ter a garantia ao atendimento médico. Resulta em uma conjuntura de estruturas que proporcionam saúde em uma abrangência maior, compreendendo saneamento básico, coleta de lixo, acesso à informação de qualidade e atendimento resolutivo no sistema de saúde como elementos inerentes ao seu acesso (NARVAI *et al.*, 2008).

Assim, conforme o caso foi sendo relatado e as problemáticas iam sendo apresentadas, observou-se uma identificação crescente

das participantes com a realidade de Yasmin. De fato, o grupo foi surpreendido com o relato de uma das mulheres, que outrora havia enfrentado exatamente as mesmas dificuldades da personagem do caso. Além dela, o diagnóstico tardio de ascaridíase ocorreu com o filho de uma das participantes, sendo necessária uma intervenção cirúrgica devido às complicações ocasionadas pela ausência de diagnóstico e tratamento inicial adequados.

Com isso, os diálogos estabelecidos na roda de conversa saíram do campo fictício para o da realidade, proporcionando indagações a respeito da participação social no estabelecimento do acesso à saúde como direito.

Por meio das inquietações, foi construída a noção de que é preciso exercer o controle social já previsto nas políticas públicas de saúde do Brasil. Segundo Santos (2005), o SUS foi a primeira política pública brasileira que considerou a participação social como um de seus princípios. Essa política foi institucionalizada, em sua estrutura jurídica, com a inserção dos Conselhos de Saúde, órgãos deliberativos do SUS que buscam o controle das políticas de saúde pelos segmentos sociais.

A partir do compartilhamento desse conhecimento, foi possível estabelecer a compreensão da importância de se ocuparem os espaços de atuação no Conselho Municipal de Saúde (CMS) e as Conferências Municipais de Saúde, visto que, por meio deles, ocorre a elaboração e fiscalização de políticas para a gestão de saúde na cidade (BUSANA *et al.*, 2015).

Adiante foi esclarecido que a participação social na garantia do direito à saúde não está relacionada apenas aos espaços institucionalizados, mas também por meio da adesão comunitária, em associação de moradores, entre outros (VALLA, 1998). Mediante isso, foi analisada ficticiamente a criação de uma associação urbana de mulheres, com a finalidade de levantar e discutir as necessidades da comunidade, a fim de eleger as demandas mais urgentes a serem levadas ao CMS.

Tendo em vista o entendimento criado sobre a necessidade da participação social nas demandas e decisões que acompanham a

saúde pública, foram construídas duas atividades anteriormente citadas no Quadro 1, com o intuito de constatar a fixação do conhecimento compartilhado: a montagem de um fluxograma, exemplificado pela Figura 1, e um painel descritivo fruto da dinâmica “Quem eu desejo ser minha comunidade?”. O painel foi ricamente construído com frases escritas pelas participantes, as quais descreviam aprendizados, desejos, objetivos e ideias próprias acerca de direitos relacionados à saúde.

Em função da execução das atividades, detectamos que pairava sobre as mulheres o comprometimento em compartilhar e colocar em prática o aprendizado. Para além disso, foi nítida a compreensão de que a concretização do direito à saúde em sua maior abrangência é um processo em permanente construção, com a existência de avanços e recuos.

Figura 01. Atividade confeccionada pelas mulheres, fluxograma que exemplifica o caminho a ser realizado na busca pelo direito à saúde.



Fonte: Fotografia das autoras (2020).

Portanto, o desenvolvimento das atividades educativas por meio de dinâmica e conteúdo participativo foi fundamental para construção da autonomia das mulheres em busca de seus direitos. Segundo

Xavier e Flôr (2015), as ações que promovem o diálogo dos saberes, entre o saber acadêmico e o local, contribuem para a construção de um indivíduo mais crítico, capaz de promover uma sociedade mais igualitária, abarcando não apenas as ações assistenciais e ocupando espaços institucionalizados, mas também na orientação e propagação de conhecimentos.

Considerações finais

Com base nos resultados, evidenciaram-se as dificuldades existentes no acesso ao SUS, assim como seu impacto na vida cotidiana dos/as usuários/as e a compreensão de que uma saúde de qualidade é um processo em permanente reivindicação. A experiência foi rica e positiva, e as trocas e aprendizagens delinearam novas reflexões e outros olhares sobre o processo de construção e conquista de direitos à saúde. Simultaneamente, houve o compartilhamento de esforços, troca de conhecimentos e experiências, além de alargamento das possibilidades de melhoria do serviço de saúde local.

Enfatiza-se também que ferramentas como a participação nas conferências de saúde, conselhos locais e municipais e em espaços de representatividade comunitária possui potencialidade de impactar positivamente na saúde da população, pois possibilita que tais demandas sejam no mínimo apresentadas em caráter formal e alicerçada em previsão legal. Com isso, a atividade extensionista evidenciou que todo esse processo deve ser de amplo conhecimento dos/as seus/suas usuários/as para moldar a prestação de serviço segundo suas necessidades.

Por fim, espera-se que a participação popular alcance processos co-gerenciais mais efetivos e diretos, possibilitando uma perspectiva maior de descentralização na tomada de decisão e empoderamento social. Almeja-se uma estrutura político-gerencial nas respectivas esferas (local, municipal, regional etc.) com papel mediador e representativo das demandas de saúde da população e não meramente alinhada aos interesses da gestão, atuando como entidade protetora e norteadora da universalidade, equidade e integralidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: SUS Princípios e Conquistas**. Brasília, 2000.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, SP, v. 33, n. 5, p.16-40, jan. 2012.

BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, I. T. S.; WENDHAUSEN, A. L. P.; Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-9, abr.-jun. 2015.

CARNEIRO, R. F. *et al.* Educação sexual na adolescência: uma abordagem no contexto escolar. **SANARE**, Sobral – CE, v. 14, n. 01, p. 104-108, 2015.

CARVALHO, M. C. J.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 46, n. 8, p.135-154, jul. 2014.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais nos anos 90. *In*: BAUMANN, R. (Org.). **Brasil: uma década em transição**. Rio de Janeiro: Campus, 1999. p. 101-42.

GRAHAM, A. *et al.* **Como escrever e usar estudos de caso para ensino e aprendizagem no setor público**. Brasília: ENAP, 2010 (ENAP: estudos de caso).

KUNZ, E.; SOUZA, M. Unidade Didática 1 – Atletismo. *In*: KUNZ, Elenor (Org.) **Didática da Educação Física 1**. 3. ed. Ijuí: Unijuí, 2003. cap.1, p. 19-54.

LACERDA, A. B. M.; SOARES, V. M. N.; GONCALVES, C. G. O.; LOPES, F. C.; TESTONI, R. Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo, v. 18, n. 2, abr.-jun. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NARVAL, P. C. *et al.* Práticas de saúde pública. *In:* ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 269-297.

NASCIMENTO, C. G. **Educação do campo e políticas públicas para além do capital: hegemonia em disputa**. 2009. 301 f. Orientadora: Profa. Dra. Leila Chalub Martins. Tese (Doutorado em educação) - Faculdade em Educação, Universidade de Brasília, 2009.

ROLIM, L. B. *et al.* Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, mar. 2013.

SANTOS, N. T. V. **Programa Saúde da Família: uma contribuição à análise de seus princípios e práticas**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

SILVA, E. C.; PELICIONI, M. C. F. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranaipiacaba e Parque Andreense. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 563-572, 2013.

TEMPORÃO, J. G. (entrevista). **Rev. Conasems**, Brasília, DF, ano II, n.23, p.5-12, mai./jun. 2007. Disponível em <http://www.conasems.org.br/files/revista23.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14 (supp.2), p. S7-S18, 1998.

VYGOTSKY, L. S. A gênese das funções mentais superiores. *In:* WERTSCH, J. V. (Ed.). **O conceito de atividade da psicologia soviética**. New York: M.E., 1981.

XAVIER, P. M. A.; FLÔR, C. C. C. Saberes populares e educação científica: um olhar a partir da literatura na área de ensino de ciências. **Rev. Ensaio**, Belo Horizonte, v.17, n. 2, p. 308-328, maio-ago. 2015.

Partilhando saberes e desconstruindo preconceitos

*Juliete de Jesus Santos
Ana Maria Vieira da Silva
Keline Santos de Carvalho
Paula Hayasi Pinho*

Introdução

A proposta do curso de Medicina, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), compreende a implantação de uma estrutura curricular ampla, atualizada e inovadora, em regime de ciclos. Nessa proposição, espera-se que estudante e Universidade participem ativamente na formação de uma/uma profissional competente tecnicamente, e ao mesmo tempo capaz de atender às demandas sociais e do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma ética e humanizada, consciente dos desafios da realidade política, econômica e social do Brasil contemporâneo (UFRB, 2020).

Durante os últimos dois anos da graduação, os/as estudantes ingressam no estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, de caráter teórico e prático, sob supervisão docente da UFRB, para fins de consolidação e aperfeiçoamento das competências desenvolvidas durante a graduação. O estágio curricular compreende oito áreas de atuação, e dentre elas encontra-se o internato em saúde mental.

O Internato Saúde Mental em Redes objetiva fortalecer a formação do/a médico/a generalista para que este/a possa se comprometer e intervir nas questões relacionadas à saúde mental mais prevalentes na atenção primária e secundária à saúde, por meio de vivências no território e pautado em um modelo de cuidado humanizado, colaborativo, integral e interdisciplinar, baseado na reabilitação psicossocial.

A partir dos objetivos elencados, uma das estratégias pedagógicas utilizadas no internato de saúde mental foi o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção (PI) que buscasse dar resposta a um problema concreto, observado no território de atuação, no âmbito da clínica psicossocial, transformando ideias em ações e objetivando a melhoria das condições de saúde da população, no contexto da atenção secundária.

Este trabalho tem o objetivo de descrever a experiência de um Projeto de Intervenção desenvolvido durante o internato de Saúde Mental em Redes, do curso de Medicina, que se desenrolou entre os meses de março a junho de 2018, num CAPS II de um município do interior da Bahia.

Cenário do PI

Com a implementação do SUS e a ampliação do conceito de saúde, ocorreu a mudança de um modelo assistencial centrado na doença para um modelo de atenção integral à saúde, que prevê a incorporação de ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e a recuperação, o que exige transformações no processo de trabalho que compõe esse cenário (BRASIL, 2004).

Antes da criação do SUS, a doença era o objeto de trabalho. Hoje, o processo de implementação do SUS busca voltar-se para o sujeito, evidenciando a necessidade de adotar meios de intervenção e tecnologias que permitam a interação entre profissional e sujeito atendido, de forma que possam ser expostas as necessidades, os saberes e representações de maneira democrática e respeitosa (BRASIL, 2004; RIBEIRO; SALA; OLIVEIRA, 2008; LEVY, 2016).

Na área da saúde mental, a maior conquista se deu com a abertura dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que passaram a funcionar a partir do paradigma da reabilitação psicossocial, entendida como um processo que busca devolver ao indivíduo a capacidade de exercer a sua cidadania, o que implica no acesso ao direito de uma constituição afetiva, relacional, material,

laboral e habitacional, estando assim inserido socialmente (PINHO et al., 2013).

Os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços abertos, destinados a portadores/as de transtornos mentais severos e/ou persistentes, oferecendo atenção diária em saúde mental e trabalhando sob a lógica da territorialidade. Nesse sentido, representam a mudança de um modelo hospitalocêntrico para o modelo da atenção psicossocial, com vistas à promoção do exercício da cidadania dos/as usuários/as dos serviços comunitários de saúde mental.

Os CAPS funcionam com uma equipe multiprofissional, e as atividades desenvolvidas nesses espaços devem ser diversificadas, oferecendo atendimentos individuais e em grupos, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, além das estratégias farmacológicas, que antes eram consideradas a principal forma de tratamento.

O cenário em que se desenvolveu o PI foi o CAPS II, pertencente à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de uma região da Bahia. O serviço em questão funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h. Possui um quadro de funcionários composto por: 01 psiquiatra, 01 enfermeira, 01 psicólogo, 01 assistente social, 01 guarda municipal, 02 técnicas de enfermagem e 02 auxiliares de serviço geral.

Desenvolvimento do PI

O ponto de partida de um PI é a definição de uma situação-problema, chamada fase exploratória. Para tal tarefa, adotou-se a técnica de observação participante do cotidiano do serviço por 30 dias, com o intuito de identificar as principais demandas e temas para o desenvolvimento de uma intervenção voltada para os/as usuários/as assistidos/as no serviço.

Nessa etapa, uma das demandas levantadas pelos/as usuários/as do serviço e profissionais foi a necessidade de uma atividade relacionada com a arte, com as habilidades manuais e se possível com vistas à geração de renda. A partir dessa premência, foi proposta a realização de oficinas terapêuticas abertas à participação voluntária

de usuários/as inscritos/as no CAPS II ou pertencentes à rede de saúde do município.

As oficinas são caracterizadas pelo Ministério da Saúde como atividades grupais destinadas à socialização familiar e social dos/as usuários/as, à expressão de sentimentos e emoções, ao desenvolvimento de habilidades, da autonomia e ao exercício da cidadania (BRASIL, 2004; RIBEIRO; SALA; OLIVEIRA, 2008).

As oficinas podem ter várias modalidades, entre elas: a terapêutica, as expressivas (expressão corporal, verbal, musical, arte); de trabalho e geração de renda; de alfabetização etc. (PEREIRA; OROFINO, 2013). A oficina terapêutica prioriza o sujeito em sua particularidade e assujeitamento, e representam uma importante ferramenta de ressocialização e inserção individual e coletiva (PINTO; MOREIRA, 2011; IBIAPINA *et al.*, 2017).

Concordamos que as oficinas terapêuticas são atividades de encontro de vidas entre pessoas em sofrimento psíquico que promovem o exercício da cidadania, a expressão de liberdade e a convivência dos diferentes por meio, preferencialmente, da inclusão pela arte, na medida em que possibilita o trabalho, o agir e o pensar coletivo, a partir de uma lógica de respeito à diversidade e à subjetividade e de estímulo à capacidade de cada pessoa (VALLADARES *et al.*, 2003; RIBEIRO; SALA; OLIVEIRA, 2008; IBIAPINA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, a elaboração desse PI baseou-se em propostas de atividades que possibilitassem a interação e a troca de experiências fortalecedoras de laços e compromissos, maior interação entre os/as usuários/as-usuários/as e usuários/as-profissionais, sendo os/as usuários/as os/as protagonistas de uma construção compartilhada de conhecimento, a partir das suas necessidades.

Ressaltamos que em um PI a elaboração do projeto e seu desenvolvimento são processos simultâneos. Logo, não se faz um projeto para aplicá-lo depois. Assim, deu-se início à organização das oficinas terapêuticas. Diante da falta de recursos materiais e financeiros que pudessem viabilizar a efetivação de várias oficinas, o projeto contou apenas com a Oficina Terapêutica de Vagonite de

Fita, que tinha como oficinaira uma usuária do serviço que demonstrou interesse em compartilhar com seus colegas sua habilidade em um tipo de bordado com fita chamado vagonite. As oficinas foram intermediadas por três internas de medicina e uma profissional técnica do CAPS II. Os encontros ocorriam semanalmente às segundas-feiras pela manhã, com duração de 4 horas, no período de março a junho de 2018, com a supervisão da docente da universidade.

As oficinas contaram com a presença de 15 (quinze) participantes, entre usuários/as do serviço e seus/suas acompanhantes. Durante o início da atividade, foram utilizados elementos disparadores com o intuito de incentivar a geração de narrativas e reflexões pelos/as participantes, sendo o trabalho manual um instrumento intermediador de abordagens terapêuticas em saúde mental (Figura 1).

Figura 1. Modelo da atividade proposta na oficina de vagonite de fita.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Foram realizados no total 09 (nove) encontros da Oficina de Vagonite de Fita, organizados e estruturados da seguinte forma: 1) Apresentação individual dos/as participantes; 2) Início do corte e alinhamento do tecido para as toalhas; 3) Início do corte e alinhamento do tecido do bordado; 4) Início do bordado de fita e do passa-fita; 4) Continuação do bordado; 5) Finalização das toalhas;

6) Realização de uma roda de conversa para reflexão, discussão e avaliação do PI pela equipe executora e participantes.

Os resultados do PI

Nos encontros da Oficina de Vagonite de Fita, notava-se a vontade dos/as que ali estavam em querer aprender algo novo. Alguns inicialmente se recusavam a participar, mas com o passar das semanas, os/as curiosos/as iam se aproximando, se interessando e, por fim, permanecendo no grupo.

Era um espaço que propiciava a escuta, a interação entre os/as participantes, que trazia a oportunidade de novas amizades; um espaço de valorização do saber do outro e o compartilhamento dos saberes. Para Rauter (2012), as oficinas terapêuticas se propõem a inserir a pessoa em sofrimento psíquico, socialmente segregada e ociosa, em ações que passam fundamentalmente pela inserção no trabalho e/ou em atividades artísticas que buscam devolver a cidadania ao sujeito.

Além disso, as oficinas terapêuticas são atividades de encontro de vidas entre pessoas em sofrimento psíquico, promovendo o exercício da cidadania e a convivência dos diferentes por meio da inclusão nas atividades manuais (VALLADARES *et al.*, 2003).

A cada encontro surgia uma nova oportunidade de aprender um pouco mais do bordado, e a cada retorno, observávamos a vontade dos/as participantes de conhecer o próximo passo, pois nas oficinas eram ensinadas todas as etapas, desde o corte do tecido, das fitas, do passa-fitas, os tipos de bordados e a costura necessária, até chegar ao resultado final. Com o passar das semanas, observamos que já havia alguns/algumas participantes da oficina que não tinham a necessidade da vigilância constante da "professora" – como era chamada a usuária que assumia o papel de oficinaira –, fator de grande motivação para que eles/as aprendessem pontos diferentes e continuassem participando do grupo.

Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado no Núcleo de Oficinas e Trabalho, um equipamento de saúde mental

do SUS localizado em Campinas (SP), que tinha cerca de dezessete oficinas em 2011, no qual as etapas do processo de confecção do produto ou da prestação de serviço artesanal eram feitas de maneira, e que cada um/a fosse respeitado/a em suas capacidades e habilidades, compreendendo que quando o/a participante se apropriava de seu trabalho, ele/a se tornava menos dependente das orientações do/a coordenador/a e/ou do/a monitor/a e mais autônomo quanto a sua própria maneira de exercer a atividade (RODRIGUES; YASUI, 2016).

Além do desenvolvimento de habilidades manuais, de conhecer novas pessoas e aprender a valorizar o saber do outro, o grupo também discutia vários temas durante as oficinas. Dentre os que mais chamaram atenção, destacou-se o relacionado ao estigma de ser um/a usuário/a do CAPS, pois a todo momento era trazido à tona o discurso do senso comum que associava os/as usuários/as dos serviços de saúde mental ao rótulo de "doido", "inválido", "incapaz" sem a capacidade de trabalhar, ter sua renda e sem autonomia.

Santos (2018) refere que os/as usuários/as dos serviços de saúde mental são estigmatizados, tratados de maneira extremamente depreciativa, passando, aos olhos da sociedade, a ser desacreditados, o que colabora com a discriminação social.

O preconceito e a relação entre a loucura e a violência são advindos da Idade Média, quando a loucura era percebida como uma possessão diabólica (CIRILO; OLIVEIRA FILHO, 2008). Nesse sentido, a persistência da associação entre o transtorno mental e a periculosidade resulta no estigma e isolamento das pessoas que recebem um diagnóstico psiquiátrico, apesar de estarmos no século XXI. Sendo assim, um transtorno mental prolongado está associado não apenas com o sofrimento, mas também com a perda da liberdade, da autonomia e do acesso a recursos materiais e sociais (SALLES; BARROS, 2013).

Estudo semelhante, realizado por Paranhos-Passos e Aires (2013) com usuários/as do CAPS, mostra que o fato de os sujeitos frequentarem esse local seria uma "prova da insanidade mental", o que geraria o preconceito social. Nesse estudo, alguns/algumas entrevistados/as

relataram que antes de frequentarem um serviço de saúde mental, o convívio com familiares e pessoas próximas era considerado normal, porém, após a confirmação do diagnóstico houve uma mudança de comportamento de todas essas pessoas, inclusive da própria família.

Enquanto discentes inseridas no Internato Saúde Mental em Redes, e refletindo sobre o funcionamento da oficina, percebemos que, de forma abstrata, o significado do bordado poderia ser comparado com a vida, em que obstáculos sempre aparecerão, seja a fita que enrola, ou o erro de um ponto que exige o retorno ao ponto inicial, tratando-se de dificuldades que aparecem e com as quais temos que aprender a lidar, ter paciência e acreditar que a parte boa é o produto final, nesse caso, uma linda toalha bordada.

Os encontros possibilitaram um espaço de interação, produção de narrativas, escuta qualificada, autogestão, abordagens terapêuticas e intervenções no âmbito da saúde mental. De modo ainda incipiente, a realização das oficinas terapêuticas possibilitou a ampliação do espectro de habilidades/potencialidades dos usuários/as, acompanhantes, estudantes diversos e funcionários/as do CAPS que participaram dos encontros.

Nesse período, conseguimos envolver uma das funcionárias do CAPS II nesse processo de fazer compartilhado, pensando na continuidade da atividade para além do internato em saúde mental, com o objetivo de que o grupo permaneça em ação e seja integrado na grade de atividades do serviço, independentemente da presença dos internos.

Entendemos que a proposta dessa oficina é desenvolver um trabalho multidisciplinar, no qual os/as profissionais de diversas áreas e os/as usuários/as do CAPS possam trabalhar em conjunto a favor da promoção da saúde em um contexto de valorização da autonomia e proatividade dos/as usuários/as e colaboradores/as do serviço.

Ao final da execução do PI, realizamos a I Feira do CAPS II, que foi um grande marco para o serviço. Os/as participantes do projeto visivelmente manifestaram a alegria de ver seu produto ali comercializado (Figura 2), e houve a participação de todos/as da

equipe, usuários/as do serviço, internos/as de medicina, professores/as e a comunidade. Toda essa articulação foi voltada para a geração de renda para os/as participantes, todas as toalhas de prato confeccionadas na oficina foram compradas, o que foi um incentivo para os/as participantes darem continuidade na realização da oficina e também planejarem outras feiras.

Figura 2. Modelo da toalha com o bordado da Oficina de Vagonite.



Fonte: Fotografia das autoras (2020).

Avaliação do PI

Ao final das atividades do internato das estudantes no serviço, realizamos o encerramento da oficina com os/as participantes, e para isso foi utilizada a técnica de grupo com as seguintes perguntas disparadoras: “Que bom”, “Que pena” e “Que tal”. Dentre os disparadores, o “Que bom” buscou o apontamento dos pontos positivos do projeto, o “Que pena” buscou os pontos negativos e o que poderia ser melhor, e o “Que tal” buscou sugestões de melhorias para as próximas oficinas.

A partir das respostas para o “Que bom”, foi possível perceber que as oficinas foram potentes para o desenvolvimento do interesse de aprender um ofício, o exercício da troca de conhecimento e de conteúdos afetivos entre o grupo, o que facilitou a socialização e a criação de vínculos, além do treino da paciência e da calma para fazer o bordado.

Quanto ao "Que pena", percebemos que nesse momento o importante era a continuidade da atividade, logo não havia necessidade de mudanças nas oficinas a princípio; e no "Que tal" apareceu justamente a continuidade da oficina. De modo geral, inferimos que a proposta do PI foi um sucesso e deveria continuar. A partir da execução desse PI, surgiu a ideia e a discussão sobre a criação de um projeto de extensão para a continuidade das oficinas na perspectiva da geração de renda.

O estudo de Paranhos-Passos e Aires (2013) discute que, embora o trabalho exercido por alguns/algumas usuários/as no CAPS seja considerado informal, o simples fato de estarem inseridos/as em uma atividade laboral pode promover um novo olhar social sobre os usuários/as da rede de saúde mental.

Considerações finais

Este trabalho descreveu a experiência de um projeto de intervenção executado por estagiárias do internato de saúde mental em um CAPS II. O Projeto de Intervenção foi estruturado na proposta pedagógica do internato e demandava das discentes a observação livre do cotidiano do serviço, focando nas necessidades apresentadas pelos/as usuários/as de saúde mental e não no diagnóstico clínico em si. Destaca-se que a formação médica na perspectiva da atenção psicossocial e antagonizando-se ao modelo da psiquiatria tradicional é uma marca formativa do Centro de Ciências da Saúde da UFRB, o que é um desafio especialmente pelo fato de o CAPS conviver no mesmo território existencial e simbólico de um ambulatório de saúde mental, funcionando na contramão dos pressupostos da reabilitação psicossocial.

As necessidades de saúde dos/as usuários/as levantadas pelas discentes, no decorrer do tempo do internato, convergiram para o desejo concreto do desenvolvimento e implementação de oficinas que pudessem ser inseridas no "cardápio" do serviço.

Descrever essas oficinas se torna interessante na medida em que houve uma modificação nas produções de vida dos/as usuários/

as, da própria gestão do serviço e da formação médica, considerando que foi a partir das oficinas que foi se estruturando, com um grupo de aproximadamente 6 usuários/as, o Projeto de Extensão denominado: "Ações na Atenção Psicossocial: o Bazar como instrumento para a Geração de Renda e Cidadania", que trabalhou privilegiando o eixo do trabalho da reabilitação psicossocial. A partir das primeiras oficinas foram identificados/as usuários/as-trabalhadores/as que tivessem aproximação com seleção e venda de roupas para que nas feiras, além das vendas dos produtos oriundos da oficina de vagonite, conseguissem recursos financeiros para dar continuidade à oficina de vagonite e criar outras oficinas.

Pensar a saúde mental para além dos muros da psiquiatria tradicional ampliou nosso olhar acerca do sujeito que sofre mentalmente, permitindo intervenções pautadas nas potencialidades daquele sujeito e "pinçando" nele as suas potências de trabalho, trocando a sua identidade de "louco/a incapaz" para o de trabalhador/a que produz algo com valor de troca no mundo capitalista.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CIRILO, L. S.; OLIVEIRA FILHO, P. Discursos de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e de seus familiares. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, DF, v. 28, n. 2, p. 316-329, 2008.

IBIAPINA, A. R. S. *et al.* Oficinas terapêuticas e as mudanças sociais em pacientes com transtorno mental. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2017.

LEVY, V. L. S. Oficinas terapêuticas e produção de vínculo em CAPS AD. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v.8, n.19, p.97-106, 2016.

PARANHOS-PASSOS, F.; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 13-31, 2013.

PEREIRA, C. S.; OROFINO, M. M. **Oficinas terapêuticas e oficinas de geração de renda em saúde mental**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental: Gestão, Atenção, Controle Social e Processos Educacionais) - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PINHO, P. H. *et al.* A concepção dos profissionais de saúde acerca da reabilitação psicossocial nos eixos: morar, rede social e trabalho dos usuários de substâncias psicoativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, v. 9, p. 29-35, jun. 2013.

PINTO, V. A. M.; MOREIRA, L. H. O. Qualidade das oficinas terapêuticas em saúde mental na perspectiva dos usuários: um estudo de enfermagem. **R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, s.l., v.2 (Ed. Supl.), p.896-899, jan. 2011.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético estético política para oficinas terapêuticas. *In*: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 267-277.

RIBEIRO, L. A.; SALA, A. L. B.; OLIVEIRA, A. G. B. As oficinas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial. **Reme**, Belo Horizonte, v.12, n.4, out.-dez. 2008.

RODRIGUES, A. C.; YASUI, S. Oficinas de geração de trabalho e renda na atenção psicossocial: reflexões sobre um equipamento e suas produções de cuidado. **Cad. Bras. Saúde Ment.**, Florianópolis, v. 8, n. 20, p. 1-21, 2016.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Exclusão/inclusão social de usuários de um centro de atenção psicossocial na vida cotidiana. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p.704-12, set. 2013.

SANTOS, J. C. **O estigma da doença mental**: compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS. Orientadora: Profa. Dra. Sonia Barros.

2013. 205 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Santo Antônio de Jesus, BA: Centro de Ciências da Saúde. Colegiado do Curso de Medicina, 2017. Disponível em: http://www.ufrb.edu.br/ccs/images/DIACOL/Cursos/PPC_Medicina.pdf. Acesso em: 28 jun. 2020.

VALLADARES, A. C. A.; LAPPANN-BOTTI, N. C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L. P.; SCATENA, M. C. M. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Rev Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v.5, v.1, p. 4-9, 2003.

Intervenções educativas com equipe de saúde

*Beatriz Sacramento Oliveira
Eduarda de Jesus Barreto
Mayara dos Santos Souza Ribeiro
Tatiana Almeida Couto*

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como uma alternativa de mudança assistencial do modelo biomédico, centrado na doença e no cuidado médico individualizado, e considera a integralidade do cuidado a partir do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no país. Para tal, prevê-se uma atuação continuada, por meio de dois eixos: um, voltado para técnicas, normas e procedimentos; e outro, representado pelas estratégias voltadas para o cuidado, com modelos de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Para tanto, implanta uma equipe de Atenção à Saúde da Família formada geralmente por médico/a, enfermeiro/a, técnico/a de enfermagem e agente comunitário de saúde (PEREIRA, 2011; SILVA *et al.*, 2011).

Os/As Agentes Comunitários/as de Saúde (ACS), com seus direitos e deveres definidos pela Constituição Federal, art. 198, integram a equipe multiprofissional, sendo figuras ativas no processo de seguridade dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, equidade e integralidade – na atenção básica. O/A ACS, na saúde coletiva, atua principalmente como um “elo” entre a comunidade e a equipe técnica da Saúde da Família, propiciando a vigilância e a promoção da saúde, e atuando diária e diretamente com realidades demandadas pela comunidade (ANDRADE, 2011; PEREIRA, 2011).

A equipe multiprofissional ideal para desempenhar um trabalho diferenciado ultrapassa o tecnicismo verticalizado e requer harmonia, flexibilidade e horizontalidade nas relações. Para tanto, a atuação

dessa equipe deve ser inovadora, original, singular e ativa, tanto para serviços comunitários como grupais, de forma a lidar com inúmeras e diversificadas situações socioeconômicas, biológicas e psicológicas dos indivíduos. Um trabalho profissional que demanda dinâmica de adaptação e flexibilidade, somado às diferentes características individuais, pode gerar irritações, conflitos no grupo e processos de estresse (PEREIRA, 2011; SILVA; PEIXOTO; NÓBREGA, 2013), tanto no contato com o/a paciente, quanto no trabalho em equipe. Tais situações perpassam as condições de trabalho, as cobranças da comunidade, da gestão, dos/as colegas e/ou do/a próprio/a profissional (PEREIRA, 2011).

Esses/as profissionais enfrentam situações adversas na execução do trabalho, o que exige frequência e complexidade das ações, bem como envolvimento emocional e cognitivo. Nesse contexto, os/as trabalhadores/as podem vir a vivenciar a insatisfação, o sofrimento, a fadiga e o desgaste decorrentes dos riscos psicossociais laborais (PEREIRA, 2011; SOTERO, 2017; ANDRADE, 2011). Tal conjuntura pode apresentar-se como uma problemática difícil de manejar e requer artifícios que promovam saúde ao/a trabalhador/a atuante na ESF.

Alguns planos municipais de saúde apontam ações de cuidado necessárias para a melhoria do processo de trabalho de equipes de saúde da família. Entre as ações a serem efetivadas nas equipes está a intersectorialidade, que objetiva o empoderamento e a autonomia profissional (SANTO ANTÔNIO DE JESUS; 2019). Além disso, para Lima e colaboradores (2018), as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) somam-se como uma estratégia importante para a promoção da saúde, pois geram uma nova concepção do processo saúde-doença, trazendo uma percepção holística e empoderada, com resultados satisfatórios na vida cotidiana dos/as usuários/as e trabalhadores/as de saúde.

Dessa forma, nota-se a importância de assegurar aos/as trabalhadores/as das equipes de saúde espaços de convivência para trocas, compartilhamento de experiências, escuta e desabafo diante do sofrimento relacionado ou não com o trabalho. Atentando para essa necessidade manifesta por trabalhadores/as da saúde de

equipes de Saúde da Família no interior da Bahia, este relato tem como objetivo descrever a experiência vivenciada por discentes de um estágio do 6º ano da graduação em Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), que se propôs a realizar intervenções educativas com estratégias de cuidado a trabalhadores/as de uma Unidade de Saúde da Família (USF).

Método

Trata-se de um relato de experiência sobre intervenções educativas implementadas junto a um grupo de profissionais de saúde, com a participação de três internas do curso de graduação em Medicina, docente, profissionais convidados e equipe da USF.

Na primeira fase, as internas e a docente realizaram reunião com a equipe da USF a fim de coletar demandas e temáticas de interesse, explicitando-se a proposta de construção do planejamento de intervenções educativas. A segunda fase culminou na elaboração de um cronograma de atividades para execução de ações educativas voltadas para Saúde do Trabalhador com roda de conversa, prática em meditação guiada e auriculoterapia, a qual seria realizada pelas internas e pela docente.

A terceira fase foi composta pela atuação de dois profissionais convidados pelas internas: fisioterapeuta com realização de atividade de automassagem e meditação; e médico do trabalho, para atividade de saúde do/a trabalhador/a.

O local utilizado para os encontros foi a sala de reunião da unidade e um consultório na própria USF, lançando-se mão de recursos como caixa de som, papéis, palitos de picolé, cadeiras, notebook e um kit para auriculoterapia.

Resultados e discussão

As intervenções educativas foram iniciadas após reunião com a equipe da USF, estando presentes sete ACS, duas técnicas de enfermagem, uma assistente de serviços gerais, uma docente e três

internas de medicina, objetivando discutir as demandas do grupo e da área de referência. Ao findar da reunião, considerando a necessidade de atenção, escuta e motivação para a equipe, iniciou-se uma programação com vistas ao cuidado dos/as profissionais de saúde da USF.

Segundo Bottega e Merlo (2017), o trabalho se torna constituinte da identidade e articulador no âmbito social e pessoal do/a trabalhador/a, permitindo a promoção da saúde mental. No entanto, a íntima relação entre trabalho e saúde se dá na própria execução das tarefas, o que pode ser gerador de prazer ou sofrimento. Assim, a maneira do trabalho em si e a forma como é desenvolvido influencia no bem-estar e no estado de saúde mental e física do/a trabalhador/a (GOMES *et al.*, 2011). O enfoque da ESF visa ao cuidado centrado na família e com atividades integradas e humanizadas. Assim, a relação trabalhador/a-usuário/a é perpassada por situações de conflito no que se refere à convivência frequente com os problemas vividos pela comunidade e suas necessidades biossocioeconômicas (SILVA *et al.*, 2011).

O primeiro encontro programado abordou os impactos do trabalho e do cuidado com a saúde mental, e buscou obter informações quanto às expectativas profissionais e pessoais, levantando sugestões de como ajudar a equipe no processo de motivação com o trabalho e com a promoção da saúde. Nessa atividade, participaram cinco ACSs e uma técnica de enfermagem. O encontro aconteceu na sala de reunião da equipe, local que oferece desconfortos devido à circulação de pessoas e aos ruídos vindos da sala de espera, porém, era o único espaço disponível que permitia a acomodação de um coletivo de pessoas com minimização de interrupções.

Durante o processo prático com a equipe, foram realizadas atividades como auriculoterapia, meditação e automassagem, de forma a ampliar o cuidado para essas profissionais. Para a primeira atividade prática de auriculoterapia, foram utilizados mapa de localização dos pontos, placa com sementes de mostarda, micropore e pinça para aplicação, de forma que foram montados protocolos a partir das queixas relatadas. A atividade foi realizada no consultório de atendimento, com a participação de cinco ACS e uma assistente de serviços gerais.

Os documentos envolvidos na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde mencionam os serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, além de constituir observatórios de medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. No ano de 2017, houve a ampliação para outras 14 práticas por meio da publicação da Portaria GM/MS nº. 849/2017, que são "arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga", totalizando 19 práticas, o que amplia as abordagens de cuidado e as novas terapêuticas (BRASIL, 2018).

A segunda atividade de prática foi a meditação, sendo realizada na sala de reunião de equipe, com cadeiras organizadas em semicírculo, contando com a participação de quatro ACS e uma técnica de enfermagem. Foram utilizados caixa de som, oito placas com impressões de emojis e hidratante para as mãos. A prática iniciou com uma música relaxante e automassagem nas mãos, seguida com a dinâmica "Emoções através de *emojis*" e da técnica de meditação guiada, por aproximadamente nove minutos, findando com os relatos a respeito da experiência vivida. A dinâmica das "Emoções através de *emojis*" foi aplicada para identificação do estado de humor das profissionais, solicitando que fossem apresentadas duas placas: a primeira, descrevendo a emoção que estava sentindo no momento; e a segunda, representando a emoção que gostaria de estar sentindo, sendo questionado o que deveria fazer para alcançar o referido estado emocional.

A atividade de automassagem foi conduzida por um profissional de fisioterapia, com a participação de seis ACS, uma enfermeira, uma recepcionista e uma técnica de enfermagem. Ao final da automassagem, foi realizada a meditação guiada. A partir dessas práticas, o objetivo dessa atividade foi o autocuidado e o conhecer a si próprio, assim como a identificação do que dói e o porquê da dor.

A atividade de encerramento foi realizada com a condução de um médico do trabalho, com foco na saúde do/a trabalhador/a,

contando com a participação de cinco ACS e uma técnica de enfermagem. A proposta baseava-se na discussão de temática priorizada pela equipe no planejamento inicial, discutindo orientações e fomentando reflexões acerca da ergonomia e de outras questões relacionadas ao processo de trabalho. O momento buscou refletir sobre as atividades exercidas pelas ACS, abordando possibilidades para prevenir agravos à saúde decorrentes das condições de trabalho. Entretanto, durante a implementação da atividade, percebeu-se que a prioridade da equipe era, na verdade, a própria escuta dos/as membros/as da equipe sobre o cotidiano laboral. Discutiram-se, desse modo, as atribuições de cada profissional e as necessidades da produção de saúde no trabalho. A escuta atenta apresentou-se como uma estratégia de cuidado, gerando *feedbacks* posteriores com sugestões para a melhoria das condições de trabalho e autocuidado, principalmente no que se refere à saúde mental.

Ao início da atividade, a partir dos depoimentos das profissionais, discutiram-se questões relacionadas ao sofrimento psíquico de trabalhadores/as, entre outros problemas de saúde, e suas relações com a gestão do trabalho. Para Bottega e Merlo (2017), o sofrimento/ adoecimento que vivem os/as trabalhadores/as está relacionado com as novas maneiras de gestão, suas mudanças e modulações. A autora e o autor reforçam, ainda, que, devido à falta de identificação dos distúrbios psíquicos causados pelo trabalho, existe dificuldade de investigar e acompanhar trabalhadores/as de saúde.

No findar da atividade, foi possível ter um *feedback* das profissionais de saúde, demonstrando a importância das atividades empreendidas durante o período de realização das intervenções educativas, sendo reverberado o bem-estar proporcionado pelas PICs e demais atividades em diversas áreas da vida, incluindo no próprio trabalho.

Como pôde ser verificada nessa intervenção educativa, a participação de representantes das categorias de enfermagem, medicina, fisioterapia, docentes e outros/as profissionais convidados

proporcionou uma prática positiva e interdisciplinar para os/as membros/as da equipe. Além disso, ao final, alguns relatos sobre a reflexão proporcionada pelas atividades de intervenções educativas foram compartilhados com o grupo, abordando estratégias para a melhoria da qualidade de vida e dos processos nas atividades laborais.

Para as discentes e para a docente, essas atividades qualificaram o processo de ensino-aprendizagem, a partir do estabelecimento de vínculo, do diálogo e da problematização. A escuta da equipe e de suas demandas possibilitou aprofundamento teórico que facilitou o planejamento e a implementação de ações condizentes com as demandas prioritárias dos/as trabalhadores/as.

Durante a formação médica, torna-se pertinente oportunizar espaços de reflexão compartilhados por docentes e discentes, de forma que as vivências educativas sejam exitosas. Logo, as demandas de temas e práticas de cuidado podem ser desenvolvidas a partir das singularidades dos territórios e dos sujeitos envolvidos. Assim, ações de vigilância em saúde do/a trabalhador/a também precisam ser incorporadas no cotidiano de trabalho das equipes por meio dos levantamentos de dados e atividades correlacionadas com as situações de risco à saúde, valorizando ações de educação permanente para o apoio a essas equipes (AMORIM *et al.*, 2017).

A vivência de prática de cuidado e educação permanente em saúde repercute positivamente em uma variedade de dimensões para os indivíduos. A necessidade de autocuidado para cuidar do outro, bem como a importância de continuidade desse tipo de trabalho para as equipes de Saúde da Família foram salientadas ao final do processo. Destaca-se, ainda a importância do levantamento das demandas de um grupo de trabalhadores/as, assim como o reconhecimento do coletivo e de uma escuta sensível para fortalecimento e proteção dos indivíduos.

A pouca participação de cirurgiões/ães-dentistas, enfermeiros/as e médicos/as nas atividades de intervenção reflete a dinâmica laboral de realização de atendimentos individuais e atividades em grupo, com uma maior disponibilidade para prática assistencial individual do

que para atividades em grupo (BRITO *et al.*, 2016). Discute-se, dessa forma, a possibilidade de sobrecarga pelas demandas assistenciais e gerenciais por parte desses/as profissionais.

Para que haja satisfação no trabalho, o/a trabalhador/a precisa sentir-se seguro quanto aos planos terapêuticos e ao autocuidado. Esse processo pode se dar a partir de estratégias bem definidas de acolhimento e pelo trabalho realizado em equipe. A manifestação do/a trabalhador/a, seja de pontos positivos ou negativos das relações e do trabalho, influenciará no vínculo com a comunidade e na melhoria da comunicação e interação da equipe (MACHADO *et al.*, 2016). As vivências no contexto da Atenção Básica constituem experiências tanto de satisfação e prazer em ajudar o outro, como de frustrações diante da ausência de resolutividade ou resolutividade parcial, que se soma à possibilidade de falta de reconhecimento, podendo gerar sofrimentos e adoecimentos (GLANZNER *et al.*, 2017).

Sinaliza-se que a melhoria nas condições de trabalho pode reduzir o adoecimento e a precarização do trabalho, aumentando a resolutividade do cuidado (ALVARENGA *et al.*, 2018). Para a minimização de fatores laborais adversos, são apontadas estratégias de enfrentamento como o autocuidado, o autoconhecimento, o apoio social e familiar, além das atividades de lazer (FERREIRA *et al.*, 2017). Por esses motivos, a intervenção apresentada nesse relato de experiência pautou-se por estratégias que englobavam tais pressupostos.

Um estudo prévio com discentes do primeiro ao oitavo semestre de um curso de graduação em Medicina verificou que a maioria desses/as discentes valorizou as PICS como parte da formação curricular, concordando com sua inclusão como componente curricular obrigatório. A partir de uma abordagem transversal, que se pautou por uma formação mais humanística, possibilita-se o desenvolvimento dessas ferramentas terapêuticas entre as alternativas para o cuidado (SANTOS *et al.*, 2018). No que se refere aos desafios para a formação em PICS em universidades públicas, discute-se a ampliação de um cuidado integral, que contemple o saber popular e o saber científico (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Durante as práticas de PICS, os/as discentes ampliam seus conhecimentos e reforçam a necessidade de implementação dessas práticas embasadas nas evidências. Essas práticas podem ser desenvolvidas com a equipe de atenção primária, construindo desde ações preventivas até abordagens diagnósticas e terapêuticas. Como essas práticas ainda são limitadas a poucos locais, os/as discentes costumam ser influenciados pelo estímulo docente ao tema, pela motivação pessoal do/a profissional e pela proatividade dos indivíduos na sua implementação (SILVA; SOUZA, 2018).

Durante a formação dos/as discentes, busca-se discutir os princípios e diretrizes da Atenção Básica, tendo como premissa o cuidado centrado na pessoa. Assim, torna-se possível a prática de um cuidado singularizado, no qual os sujeitos são corresponsáveis pela sua própria saúde. Nesse contexto, o vínculo entre os/as profissionais e os processos de trabalho precisa ser constantemente repactuado, considerando as demandas de cada território. Da mesma forma, discute-se o estímulo à articulação das equipes e a sua participação em ações de educação permanente (BRASIL, 2017).

Diante da vivência na USF onde foi realizada a intervenção, verifica-se a importância das ações de promoção à saúde de trabalhadores/as, que são responsáveis pela porta de entrada dos sistemas de saúde. As ações realizadas podem ser desenvolvidas e mantidas por discentes e docentes de instituições de ensino parceiras, assim como pela própria equipe de saúde, a qual tem possibilidade de consolidar-se como referência para o desenvolvimento dessas atividades. Esse processo pode proporcionar realização e reconhecimento profissional no desempenho de atividades, qualificando o serviço prestado. Da mesma forma, evidencia-se a pertinência de tais atividades para o desenvolvimento de competências e habilidades pelos/as discentes do curso de graduação de medicina.

Considerações finais

A partir da implementação das intervenções educativas, pôde-se perceber que a equipe foi gradativamente tomando iniciativa de

executar ações. Dentre os exemplos, cita-se um grupo de aulas de artesanato para construção de flores em Espuma Vinílica Acetinada (EVA), o qual fora ministrado por uma ACS.

Tal atividade foi desenvolvida, inicialmente, para toda a equipe, havendo planos de estender-se a toda a comunidade. Outra situação remete à atuação de uma ACS e uma técnica de enfermagem, que produziram ações de educação em saúde na sala de espera com base na intervenção realizada. Outras ações foram a atualização de um mural de aniversariantes, além da sistematização das atividades da unidade.

A elaboração e a implementação das intervenções educativas foram possíveis devido à participação efetiva de alguns/algumas membros/as da equipe na própria USF, em horário de expediente, mesmo com as dificuldades de disponibilidade que surgiram durante os encontros.

Com os componentes da equipe envolvidos, foi possível observar que as expectativas dos/as profissionais foram alcançadas e que as atividades realizadas foram positivas, pois serviram de momentos de escuta e valorização do/a profissional. Além disso, trouxe incentivo ao pensar o processo de trabalho a partir das situações vivenciadas no cotidiano. Nesse contexto, buscaram-se formas de desenvolvimento de autocuidado para promoção de saúde.

O caminho trilhado para o planejamento e implementação dessas intervenções educativas agregou muito à formação médica das discentes envolvidas, como o desenvolvimento de olhar crítico sobre variadas dimensões enquanto processo de trabalho em uma equipe de USF. Além disso, a intervenção permitiu a prática do acolhimento, da escuta, da valorização do trabalho em equipe e da boa interação entre os/as diferentes profissionais que compõem a USF, construindo um espaço de reflexão e interação para todos/as. Da mesma forma, a produção coletiva de conhecimentos, de forma criativa, diferiu da tradicional transmissão horizontal de saberes, agregando ao processo de ensino-aprendizagem.

A execução das intervenções educativas foi de extrema relevância para compreender a importância do trabalho multiprofissional, com

vista a um atendimento de qualidade à população. Ademais, atenta-se para a necessidade de cuidado dos/as profissionais de saúde da rede pública, os/as quais lidam com as demandas das comunidades no cotidiano.

Referências

ALVARENGA, E. C. *et al.* Condições de trabalho de equipes de Saúde da Família do Pará. **Rev. Nufen: Phenom. Interd.**, Belém, v.10, n.1, p.58-72, 2018.

AMORIM, L. A. *et al.* Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.22, n.10, p.3403-3413, out. 2017.

ANDRADE, F. A. C. **A importância da satisfação profissional na Unidade de Saúde da Família sob a ótica dos Agentes Comunitários.** 2011. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, MG, 2011.

BOTTEGA, C. G.; MERLO, A. C. Clínica do trabalho no SUS: possibilidade de escuta aos trabalhadores. **Psicol. Soc.**, Recife, v.29: e156376, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017, ed. 183, Seção 1, p. 68.

BRITO, G. E.G. *et al.* Perfil dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de uma capital do Nordeste do Brasil. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, MG, v. 19, n.3, p. 434 -445, 2016.

FERRREIRA, J. S. *et al.* Estresse e estratégias de enfrentamento em trabalhadores de enfermagem de uma Unidade de Saúde da Família. **J. res.: fundam. care. Online.**, s.l. v. 9, n. 3, p. 818-823, jul. 2017.

GLANZNER, C. H. *et al.* Avaliação de indicadores e vivências de prazer/sofrimento em equipes de Saúde da Família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 4: e2017-0098 1, 2017.

GOMES, A. L. *et al.* O elo entre o processo e a organização do trabalho e a saúde mental do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família no município de João Pessoa - Paraíba - Brasil. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde.**, João Pessoa, v. 15, n.3, p. 265-276, 2011.

LIMA, C. A. *et al.* Integrative and complementary practices: use by community health agents in self-care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, Supl. 6, p.2842-2848, 2018.

MACHADO, L. M. *et al.* Significados do fazer profissional na Estratégia de Saúde da Família: atenção básica enquanto cenário de atuação. **J. res.: fundam. care. Online.**, s. l. v. 8, ed.1, p.4026-4035, 2016.

NASCIMENTO, M. C. *et al.* Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 2, p. 751-772, maio-ago. 2018.

PEREIRA, D. G. **Síndrome de Burnout em trabalhadores do programa de Saúde da Família: uma revisão de literatura.** 2011. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SANTO ANTÔNIO DE JESUS (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde (PMS): 2018-2021. **Diário Oficial do Município**, Santo Antônio de Jesus – BA, n. 5462. Disponível em: <http://www.santoAntoniodejesus.ba.io.org.br/diarioOficial/download/699/5462/0>. Acesso em: 10 jul. 2019.

SANTOS, L. L. *et al.* Conhecimento e aceitação das práticas integrativas e complementares por estudantes de medicina. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, MG, v. 21, n. 4, p. 646-666, 2018.

SILVA, A. C. O. *et al.* Promoção da Saúde no trabalho das equipes de Saúde da Família: um relato de experiência. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 443-447, 2011.

SILVA, G. G.; SOUZA, I. M. S. Avaliação da concepção dos estudantes de medicina sobre as práticas médicas integrativas e complementares na Atenção Básica. **Para Res Med J**, Belém, v.2, n.1-4:e01, 2018.

SILVA, M. O.; PEIXOTO, D. A.; NÓBREGA, T. B. T. Grupos de Encontro na Estratégia Saúde da Família: uma Atenção ao Trabalhador de Saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, MG, v. 16, n. 2, p. 197-201, 2013.

SOTERO, A. L. E. **O trabalho dos ACS: uma análise psicológica da saúde do trabalhador.** 2017. 151 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Experiência com o aprendizado baseado em problemas

João Cláudio Barreto Neiva

Emanoel de Araújo Sobral

Joedyson Emmanuel de Macedo Magalhães

Marcilio Delan Baliza Fernandes

Raoni da Silva Andrade

Sibebe de Oliveira Tozetto Klein

Introdução

Acompanhando uma tendência mundial em educação médica, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina preconizam que esses devam utilizar metodologias ativas de aprendizagem na construção do conhecimento, entre as quais se destaca o aprendizado baseado em problemas (PBL - *Problem-Based Learning*), com uma abordagem pedagógica com foco no estímulo ao autoaprendizado e ao pensamento crítico, confrontando o modelo biomédico e hospitalocêntrico. No PBL, os/as estudantes reúnem-se em pequenos grupos para estudarem casos clínicos reais ou simulados, por meio do estímulo do pensamento hipotético-dedutivo, utilizando conhecimentos previamente adquiridos, com sua posterior integração para a resolução das situações-problema (SAVERY, 2006; CHANG, 2004; CAVALCANTE, 2018). Essa metodologia de ensino-aprendizagem pode inicialmente trazer alguns desafios para os/as estudantes, pois diferentemente do que vivenciaram durante anos, eles/as necessitam assumir o papel de protagonista na construção do conhecimento.

Desta forma, rompe-se com o modelo pedagógico imposto desde a educação básica, na qual a dependência intelectual do/a professor/a fornece uma equivocada sensação de segurança no seu processo de aprendizagem. Em um primeiro momento, esse distanciamento

gera uma sensação de insegurança e ansiedade nos/as estudantes, pois exige deles/as uma melhor gestão do tempo de estudo e maior tempo para a execução de tarefas durante seu processo de aprendizagem (TORRES, 2019).

A experiência na condução do componente curricular Saúde da Pessoa Adulta e Idosa III, do curso de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, durante alguns semestres, fez com que se identificasse a necessidade de aplicação de novas metodologias de ensino, como por exemplo, o PBL, para melhoria e sucesso na aprendizagem dos conteúdos propostos no componente. Por se tratar de uma ferramenta pouco utilizada no curso em geral, esta metodologia pedagógica foi vista inicialmente com algumas restrições, provavelmente devido ao enfrentamento de algo inovador e ainda pouco vivenciado. Porém, ao conhecerem melhor o formato do componente e se conscientizarem de que haveria algumas fases de aprendizado durante a resolução da situação-problema, a exemplo do estudo do conteúdo antes da sua resolução e aprofundamento deste estudo durante as aulas (para sanar as dúvidas e questionamentos), os/as estudantes se tornaram gradativamente mais participativos/as. Dessa forma, este capítulo se propõe a relatar as experiências vivenciadas por discentes do curso de Medicina, em um componente do 9º semestre, que utilizaram a metodologia PBL, elucidando a responsabilidade do/a estudante pelo próprio aprendizado, o desenvolvimento de raciocínio clínico, o trabalho em equipe, a capacidade e segurança ao lidar com situações-problema, dentre outros aspectos.

Aspectos gerais do PBL

O avanço tecnológico do século XXI influenciou a forma com que nos comunicamos e aprendemos. Nessa perspectiva, a Federação Mundial para a Educação Médica, em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS), iniciou um programa global de reformas nas escolas médicas, visando estimular a autonomia dos/as alunos/as em buscar suas fontes de pesquisa e aprendizagem, propiciando um

autoaprendizado como ferramenta adjuvante no processo de formação. Esta metodologia utiliza situações o mais próximo possível da prática clínica para que os/as estudantes sejam estimulados/as a descobrir e utilizar diferentes ferramentas que aprimorem sua dinâmica de estudo, seu raciocínio crítico, clínico, lógico e hipotético-dedutivo. O surgimento de novas informações e tecnologias na área médica modificou o processo de ensino e aprendizagem, utilizando ferramentas mais próximas da realidade vivenciada, como o aprendizado baseado em problemas. Com essa metodologia, o/a estudante primeiramente aprende conteúdo das ciências básicas e, em seguida, inicia a aprendizagem mais voltada para os questionamentos da clínica médica. Não obstante, a efetividade desse processo metodológico vem sendo questionada por alguns/algumas pesquisadores/as (SAVERY, 2006; CHANG, 2004; MACEDO, 2018; NIWA, 2016).

No contexto da educação médica, a competência de um/a docente restringia-se apenas aos seus conhecimentos técnicos sobre os assuntos por ele/a ensinados, não sendo necessária uma formação pedagógica. Por conseguinte, devido à falta de investimento na formação docente e a utilização de uma metodologia frágil, centrada no fornecimento unidirecional dos conhecimentos do/a professor/a aos/às alunos/as, a educação médica passou a receber muitas críticas. Para mudar essa realidade, o PBL trouxe a possibilidade de o/a professor/a atuar como articulador/a do processo de ensino-aprendizagem, utilizando situações mais próximas à realidade, estimulando o desenvolvimento de um raciocínio clínico e crítico, fugindo dos modelos tradicionais impositivos, que utilizavam a memorização e repetição como forma de sedimentar os conhecimentos (ALMEIDA; BATISTA, 2013). Com a modificação das práticas pedagógicas na educação médica e a necessidade cada vez maior de formação de médicos/as generalistas, que possuam amplo conhecimento técnico dentro do contexto de interdisciplinaridade, o domínio do conteúdo específico do/a especialista tem sido direcionado para um momento após a graduação, quando esses/as profissionais buscam uma complementação da sua formação (COSTA, 2007).

As características essenciais para aplicação do PBL vêm sendo

descritas por diversos autores, sugerindo que esta metodologia possa promover a responsabilização estudantil sobre seu próprio aprendizado. Este processo formativo utiliza desde situações-problema simuladas e estruturadas até casos reais, permitindo o desenvolvimento do livre questionamento, propiciando a integração dos conhecimentos de maneira interdisciplinar e estimulando os próprios/as estudantes na resolução das situações propostas (BARROWS, 1994; BOUD; FELETTI, 1997).

Para utilizar o PBL na formação pedagógica, faz-se necessária a sedimentação de três pilares: a) a presença do tutor, personagem responsável por nortear e facilitar o processo de ensino-aprendizagem, e o/a docente como um/a orientador/a geral, isento/a do papel de exclusividade no fornecimento de conhecimentos e informações; b) o/a estudante como agente ativo, responsável pelo processo de aprendizagem; e c) uma situação-problema com elementos capazes de estimular a curiosidade e o perfil de investigação dos/as estudantes (SAVERY, 2006; CHAN, 2008; CHANG, 2016; SALES, 2019). Entretanto, para que o processo obtenha êxito, a equipe (docente e tutor/a) deve estar preparada para definir os objetivos, direcionar os questionamentos e promover um *feedback* aos/as estudantes, estando sempre atentos ao nível de conhecimento prévio do grupo, ao processo de aprendizagem fora de sala de aula e às formas de lidar com os/as estudantes durante este processo. A avaliação da aprendizagem no PBL compreende três eixos: a autoavaliação dos/as estudantes, uma importante ferramenta para o entendimento dos objetivos propostos pela prática pedagógica; a avaliação entre os/as próprios/as estudantes, como um mecanismo de estímulo ao estudo em grupo; e a avaliação do tutor. No entanto deve-se destacar que atitudes defensivas do corpo docente que atuam como tutores, subjetividade e falta de imparcialidade na avaliação podem se tornar fatores que poderiam dificultar o processo avaliativo (OLIVEIRA; BATISTA, 2012).

Para alguns/algumas autores/as, no entanto, o PBL ainda possui certos vieses com relação à sua aplicabilidade e efetividade como metodologia pedagógica de ensino e aprendizagem, nas diversas etapas

do ensino médico. Os argumentos se referem à utilização de casos clínicos muito simples ou muito complexos, às vezes inadequados ao momento do curso em que se encontra o/a estudante, distanciando-o/a da realidade enfrentada na prática clínica. Por conta disto, Dammers, Spencer e Thomas (2001) inferiram que o PBL pode se tornar uma metodologia pouco estimulante por não ser compatível com a prática diária do/a profissional. Para mudar essa realidade, propõe-se a utilização de situações-problema compatíveis com o momento do curso em que se encontram os/as estudantes, preferencialmente baseadas em casos clínicos mais próximos da realidade possível, no sentido de cativar a atenção nos tutorias, deixando os casos teóricos mais simples para a etapa pré-clínica da educação médica (DIEMERS, 2007; HALLINGER, 2012).

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal descritivo, que relata a experiência de estudantes do 9º semestre do curso de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, ao cursarem o componente Saúde da Pessoa Adulta e Idosa III, com o método do aprendizado baseado em problemas (PBL). Os dados foram coletados com estudantes dos semestres letivos 2018.2, 2019.1 e 2019.2, através de questionário estruturado, respondido por e-mail, após cursarem o componente.

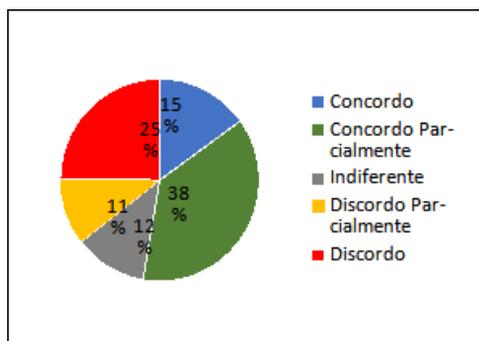
Os/As estudantes do 9º semestre iniciaram o componente Saúde da Pessoa Adulta e Idosa III, sendo convidados a experimentar uma metodologia diferente das utilizadas no decorrer do curso. Ao final de cada aula, era apresentada uma situação-problema, e durante uma primeira leitura em grupo era identificado o tema que deveria ser estudado ao longo da semana, por meio do levantamento dos principais problemas verificados no caso. Após estudo individual, os/as estudantes se reuniam em grupos, sob a orientação de monitores/as, para construir um raciocínio com base no que havia sido desenvolvido durante o estudo individual. Em sala de aula, o caso era discutido até o objetivo proposto de aprendizagem ser alcançado. O aproveitamento

do aprendizado individual e do grupo de estudantes era evidenciado regularmente pelo monitor e docente do componente. Durante a aplicação dessa metodologia, conversas com os/as estudantes ajudaram na identificação de dificuldades encontradas, auxiliando na melhoria de sua aplicação e do aprendizado dos conteúdos do componente curricular.

Resultados e discussão

De um total de 97 estudantes que cursaram o componente durante três semestres, a adesão a este estudo foi de 94,8%. Os resultados demonstraram que a maioria dos/as participantes concorda total ou parcialmente que a ausência de treinamento prévio ou a não habilidade para a utilização desta ferramenta ou aplicação da metodologia PBL podem impactar negativamente no aprendizado durante o decorrer do componente (Figura 1).

Figura 1. Frequência de concordância de estudantes acerca da influência de treinamento prévio em PBL para aprendizagem no componente.

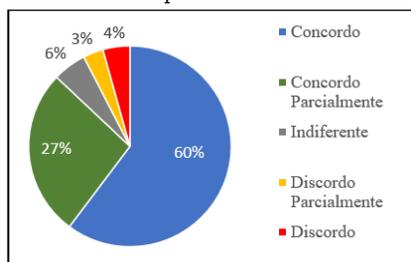


Fonte: Elaborado pelos autores e autora (2020).

O trabalho em equipe foi avaliado pelos/as estudantes como sendo bastante relevante para a resolução dos problemas abordados no componente curricular (n= 56) (Figura 2). Está também evidenciado neste estudo que normalmente houve o surgimento de líderes dentro dos grupos, durante a utilização desta ferramenta (PBL) (Figura 3). Apesar da presença de um/a líder ser algo positivo na maior parte dos con-

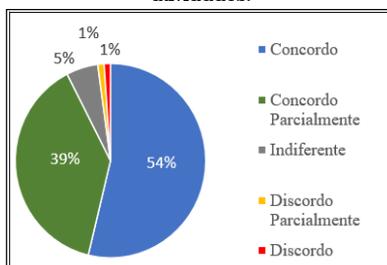
textos de ações grupais, tais lideranças podem ser, em alguns casos, prejudiciais para o aprendizado e para o compartilhamento do protagonismo do restante dos/as participantes, pois "o/a líder" poderia tentar direcionar o foco do/a facilitador/a (tutor/a), quando não adequadamente treinado, da atividade para eles/as e manipular o rumo tanto da discussão quanto do raciocínio clínico durante as atividades em grupo. Esse comportamento pode também transformar a discussão em uma frágil e superficial representação do "eu acho", sem abertura para o diálogo, que seria essencial no momento da aprendizagem. Para evitar essas situações, algumas atividades foram realizadas durante as aulas, como, por exemplo, o sorteio do/a líder cujo papel estaria restrito à moderação e organização das ideias, propiciando, assim a otimização do protagonismo de todos/as os membros/as do grupo, com a exposição de seus pontos de vista, linhas de raciocínios, dúvidas e sugestões para o entendimento da situação-problema.

Figura 2. Respostas obtidas relativas ao trabalho em equipe ou em grupo no auxílio do aprendizado.



Fonte: Elaborado pelos autores e autora (2020).

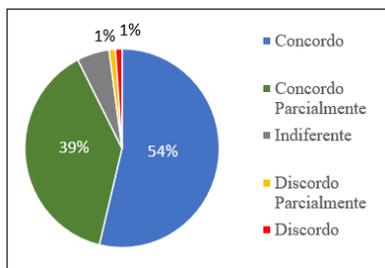
Figura 3. Respostas obtidas relativas ao surgimento de lideranças durante a execução das atividades.



Fonte: Elaborado pelos autores e autora (2020).

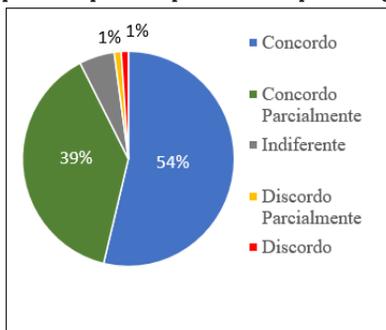
Outro objetivo deste estudo é evidenciar o desenvolvimento das habilidades de comunicação. Tais habilidades normalmente são desenvolvidas por meio da apresentação de seminários e simpósios, porém, quando se utiliza a metodologia de ensino PBL, acabam por serem estimuladas durante todas as discussões das situações-problema com os grupos, tutores/as e docente. Observou-se nesta pesquisa que aproximadamente 90% dos/as alunos/as concordaram, parcial ou totalmente, que, de algum modo, a ferramenta PBL pode auxiliá-los/as no desenvolvimento das habilidades de comunicação (Figura 4). Além disso, 94% dos/as alunos/as concordaram parcial ou totalmente que esta metodologia coloca o/a estudante como protagonista e com maior responsável pelo seu processo de aprendizado (Figura 5).

Figura 4. Respostas referentes ao PBL como ferramenta que auxilia o processo de desenvolvimento das habilidades de comunicação.



Fonte: Elaborado pelos autores e autora (2020).

Figura 5. Respostas referentes ao PBL como um processo que torna o/a estudante o maior responsável pelo seu processo de aprendizagem.

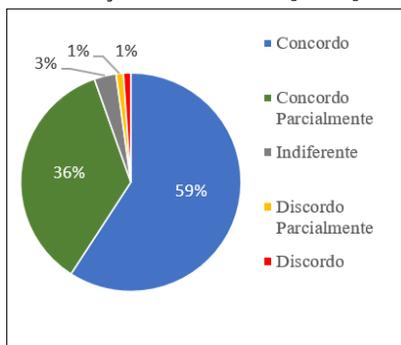


Fonte: Elaborado pelos autores e autora (2020).

Evidentemente o repertório de conhecimento prévio está diretamente ligado à facilidade de elaboração do raciocínio lógico-dedutivo durante a explanação das situações-problema. Entretanto, para desenvolver de maneira mais organizada e objetiva esse raciocínio, era imprescindível que os/as estudantes já tivessem sedimentado os conhecimentos das áreas básicas para que, a partir daí, ensaiassem associações de diagnósticos e construção de um plano terapêutico. Pôde-se observar também que os/as estudantes que traziam esses conhecimentos sedimentados, ou que foram estimulados a resgatá-los, resolviam as situações-problema de maneira mais organizada, geralmente aproximando-se das principais hipóteses de diagnósticos com maior facilidade e precisão.

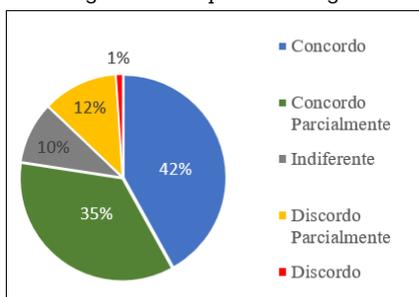
Ao serem questionados se a metodologia PBL proporcionava uma interlocução e articulação com os outros componentes do mesmo semestre de estudo, durante a resolução das situações-problema, 59% dos/as estudantes responderam que sim, e somente 2% discordaram total ou parcialmente, o que demonstra uma eficácia metodológica no que se refere à interdisciplinaridade entre os componentes estudados (Figura 6). Além desse aspecto positivo, 77% dos/as estudantes concordaram total (n= 39) ou parcialmente (n= 33) que essa metodologia era mais desafiadora, motivadora e agradável do que metodologias e ferramentas de ensino mais tradicionais (Figura 7).

Figura 6. Respostas ao questionamento sobre se os problemas abordados durante as aulas estimularam uma articulação com outras disciplinas para a sua resolução



Fonte: Elaborado pelos autores e autora (2020).

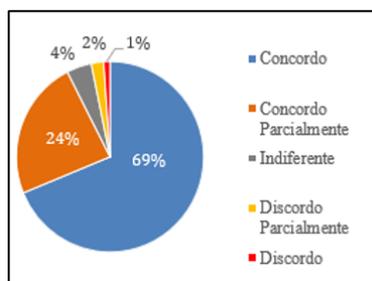
Respostas ao questionamento sobre se este tipo de metodologia era mais desafiante, motivadora e agradável do que metodologias tradicionais.



Fonte: Elaborado pelos autores e autora (2020).

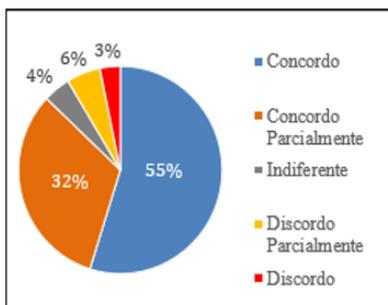
Como citado anteriormente, para a utilização de metodologias ativas é evidente que o repertório de conhecimento prévio dos/as estudantes está diretamente relacionado com a facilidade de elaboração de um raciocínio lógico-dedutivo durante o estudo das situações-problema. Mesmo assim, este estudo identificou que a maioria dos/as estudantes (69%) acreditava que a metodologia PBL auxiliava ainda mais o desenvolvimento de um raciocínio clínico e podia dar suporte e mais segurança para uma melhor instrumentalização na discussão dos casos-problema (55%) (Figuras 8 e 9, respectivamente). Também foi evidenciado que os/as estudantes acreditavam que a utilização desta metodologia poderia valorizar os estudos das situações-problema como ferramentas úteis para auxiliá-los na prática, futuramente, enquanto profissionais (58%) (Figura 10).

Figura 8. Respostas referentes ao auxílio da metodologia de ensino-aprendizagem PBL no desenvolvimento de um raciocínio clínico.



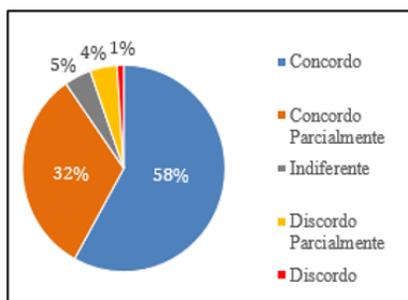
Fonte: Elaborado pelos autores e autora (2020).

Figura 9. Respostas referentes ao auxílio da metodologia de ensino-aprendizagem PBL na melhoria na segurança e instrumentalização para discussão de situações-problema.



Fonte: Elaborado pelos autores e autora (2020).

Figura 10. Respostas referentes à valorização da metodologia de ensino-aprendizagem PBL e sua utilização posterior durante a prática profissional.



Fonte: Elaborado pelos autores e autora (2020).

Por outro lado, alguns pontos foram questionados e discutidos reiteradamente, requerendo do/a tutor/a e do/a docente responsável um processo dinâmico de adaptação e melhora da ferramenta metodológica utilizada. Podem-se citar neste aspecto: a baixa carga horária disponibilizada semanalmente e a quantidade de assuntos contidos no plano de estudo do componente, assim como, o fato de não se ter experimentado esta metodologia de ensino anteriormente. Dentre outras estratégias para melhoria desta situação, sempre foi elucidado o fato da responsabilização por parte dos/as estudantes quanto ao aprendizado e sedimentação de conhecimentos básicos anteriores, a oferta de mais componentes utilizando metodologias ativas de aprendizado, e o aumento da carga horária semanal do componente.

Após a análise dos resultados obtidos neste estudo, observa-se que oferecer aos/às alunos/as metodologias que fortaleçam o seu papel de protagonismo no processo de aprendizagem, desde um momento precoce do curso, propicia a sedimentação dos conhecimentos básicos, facilitando o entendimento dos temas mais complexos a serem estudados posteriormente, tornando o desenvolvimento do raciocínio hipotético-dedutivo mais natural. Além disso, oferecer aos/às professores/as uma adequada capacitação em metodologias ativas, reavaliação da carga horária de alguns componentes e distribuição dos assuntos de maneira mais equânime entre eles/as viabilizaria a aplicabilidade das referidas metodologias.

Considerações finais

Com a aplicação do PBL no componente Saúde da Pessoa Adulta e Idosa III, os/as estudantes perceberam que o “ser médico/a” não é somente focar na doença ou no adoecimento, o “ser médico/a” perpassa pelo conhecimento da epidemiologia, dos fatores de risco, dos sinais e sintomas apresentados pelos/as pacientes, pelo conhecimento dos diagnósticos diferenciais, dos tratamentos, das interações medicamentosas e da reabilitação, habilidades com que eles/as tiveram a oportunidade de trabalhar constantemente, mediante uma busca constante de conhecimento, que não seria possível se não utilizassem uma metodologia que estimulasse essa habilidade, interferindo positivamente no desenvolvimento do raciocínio clínico de cada um/a deles/as. O contato próximo com a metodologia foi um fator estimulante e modificador do comportamento e do comprometimento dos/as estudantes com o processo de aprendizagem.

Essa modificação na percepção foi importante para a ampliação dos horizontes como estudantes e como futuros/as profissionais. Definitivamente os/as ajudou a perceber e reverter lacunas e deficiências nos conhecimentos básicos em saúde que deveriam estar sedimentados anteriormente e que fizeram falta durante o processo investigativo das situações-problema.

Referências

ALMEIDA, E. G.; BATISTA, N. A. Desempenho docente no contexto PBL: Essência para aprendizagem e formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 192-201, 2013.

BARROWS, H. G. **Practice-based learning problem-based learning education applied to medical**. Illinois: Southern Illinois University. School of Medicine, 1994.

BOUD, D.; FELETTI, G. I. Changing problem-based learning. Introduction to the second edition. *In*: BOUD, D.; FELETTI, G. I. (Eds.). **The Challenge of Problem-Based Learning**. 2. ed. Londres: Kogan Page, 1997.

CAVALCANTE, A. N. *et al.* Análise da produção bibliográfica sobre Problem-Based Learning (PBL) em quatro periódicos selecionados. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 1, p. 13-24, 2018.

CHAN, L. C. The role of a PBL tutor: a personal perspective. **Kaohsiung J Med Sci**, s. l., v. 24, n. 3, Supl. S., p. 34-38, 2008.

CHANG, B. J. Problem-based learning in medical school: A student's perspective. **Annals of medicine and surgery**, s. l., v. 12, p. 88-89, 2016.

CHANG, C. H. *et al.* High satisfaction with problem-based learning for anesthesia. **Chang Gung Med J.**, Taoyuan, Taiwan, v. 27, n. 9, p. 654-662, 2004.

COSTA, I. C. *et al.* Desenvolvimento de um curso seguindo a Aprendizagem Baseada em Problemas: um estudo de caso. *In*: CONGRESSO DA SBC, 27.; WORKSHOP DE INFORMÁTICA NA ESCOLA, 8. Rio de Janeiro, jun.-jul. 2007. **Anais...** Rio de Janeiro: SBC, 2017.

DAMMERS, J.; SPENCER, J.; THOMAS, M. Using real patients in problem-based learning: students' comments on the value of using real, as opposed to paper cases, in a problem-based learning module in general practice. **Med Education**, Bethesda, v. 35, n. 1, p. 27-34, jan. 2001.

DIEMERS, A. D. *et al.* Students' perceptions of early patient encounters in a PBL curriculum: A first evaluation of the Maastricht experience. **Med Teach**, Bethesda, v. 29, n. 2-3, p. 135-142, 2007.

HALLINGER, P; LU, J. Overcoming the walmart syndrome: adapting problem-based management education in East Asia. **Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning**, West Lafayette, v. 6, n. 1, p. 3-27, 2012.

MACEDO, K. D. S. *et al.* Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, e20170435, 2018.

NIWA, M. *et al.* The effects of problem-based-learning on the academic achievements of medical students in one japanese medical school, over a twenty-year period. **Health Professions Education**, s. l., v. 2, n. 1, p. 3-9, 2016.

OLIVEIRA, V. T. D.; BATISTA, N. A. Avaliação formativa em sessão tutorial: concepções e dificuldades. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 374-380, set. 2012.

SALES, D. P. *et al.* Uso de metodologias ativas de aprendizagem em escolas de alternância. **Rev. Espacios**, Caracas, v. 40, n. 23, p. 18, 2019.

SAVERY, J. R. Overview of problem-based learning: definitions and distinctions. **Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning**, West Lafayette, v.1, n. 1, p. 9-20, 2006.

TORRES, V.; SAMPAIO, C. A.; CALDEIRA, A. P. Ingressantes de cursos médicos e a percepção sobre a transição para uma aprendizagem ativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, SP, 2019.

Simulação realística no curso de medicina

*Cleto José Sauer Júnior
Dóris Firmino Rabelo*

Introdução

O atual entendimento do processo saúde-doença, em que ações de promoção e prevenção passaram a ser priorizadas, levou ao questionamento quanto ao perfil de profissional formado/a pelo tradicional modelo de ensino médico baseado no relatório Flexner. O modelo flexneriano é caracterizado por ser essencialmente hospitalocêntrico, fundamentado em intervenções curativas e incentivador da especialização precoce (FINNERTY *et al.*, 2010). Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina, publicadas em 2014, passaram a orientar a formação de um/a profissional com perfil generalista, humanista e crítico, com base no desenvolvimento de competências (BRASIL, 2014). Competência aqui é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para gerar ações capazes de solucionar os desafios que se apresentam na prática profissional.

A graduação dura alguns anos, ao passo que a atividade profissional médica se estende por décadas, período no qual conteúdos e competências são transformados rapidamente. É essencial, portanto, para a nova educação médica brasileira, incorporar metodologias inovadoras, voltadas para a formação de um/a profissional ativo/a, capaz de autogerenciar continuamente o seu processo de formação (MITRE; SIQUEIRA-BATISTA; EZEQUIEL, 2008). Diferentes metodologias ativas, a exemplo da aprendizagem baseada em problemas, sala de aula invertida, aprendizagem entre pares e simulação realística (SR), possuem como ponto em comum a colocação do/a estudante no protagonismo do processo de aprendizagem, fazendo com que este/a assumira postura ativa em sua

jomada acadêmica (NUNES; GUE MARTINI; CARAVACA-MORERA, 2019).

A técnica de simulação está associada ao desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas e emocionais, ao mesmo tempo em que proporciona maior uniformidade ao currículo médico e segurança ao/a paciente (BRANDÃO; COLLARES; MARIN, 2014). Ao considerarmos as metodologias ativas, é importante recordar que os elementos disparadores da aprendizagem são as situações ou problemas de saúde que devem ser enfrentados na prática profissional. Tais circunstâncias, reais ou simuladas, servem para desencadear o processo de aprendizagem significativa, fornecendo sentido aos conteúdos trabalhados.

A SR é uma das metodologias ativas de ensino que vem sendo progressivamente aplicada no treinamento de profissionais da área de saúde (NUNES; GUE MARTINI; CARAVACA-MORERA, 2019). Ela promove a integração de conteúdos teóricos, habilidades e atitudes, de maneira a estimular o/a estudante a coordenar simultaneamente múltiplas competências em uma situação simulada. A simulação propicia uma retenção de conteúdo próxima a 90%, ao passo que a leitura perfaz 5%, o audiovisual 20% e a discussão em grupo 50% (LETRUD, 2012).

Nesse contexto, o curso de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) foi criado em 2013. Alinhado com os princípios das DCN, prevê a utilização de metodologias ativas de ensino como prioritárias em seu itinerário formativo. O curso dispõe de laboratórios de habilidades, nos quais estão disponíveis simuladores de alta fidelidade para treinamento clínico. Uma das primeiras iniciativas de aplicação da metodologia de SR ocorreu no componente Saúde da Pessoa Adulta e Idosa I, para o treinamento de competências relacionadas ao exame clínico dos aparelhos cardiovascular e respiratório. O objetivo deste capítulo é relatar a experiência de implantação da metodologia de SR no componente, os primeiros cenários de simulação estruturados, bem como as impressões iniciais do corpo docente sobre o método.

Simulação Realística

A SR é uma metodologia desenvolvida para a prática e o aprendizado simulado, podendo ser aplicada em diferentes disciplinas e tipos de capacitação. O treinamento baseado em simulação foi inicialmente introduzido para pilotos da aviação civil, no ano de 1929. No Reino Unido, na década de 1950, a simulação passou a ser utilizada para a formação de profissionais da área da saúde (BLAND; TOPPING; WOOD, 2011). O crescente interesse na aplicação da metodologia no curso de Medicina pode ser atribuído aos recentes avanços tecnológicos, que permitiram o aumento da disponibilidade de simuladores que replicam com alta fidelidade a anatomia e fisiologia humanas (MCCOY *et al.*, 2019).

A simulação deve ser planejada de modo a gerar ação e reflexão dentro de um contexto de atuação, não devendo se restringir ao mero exercício da imitação de procedimentos manuais (ESCHER *et al.*, 2017). Ela replica e amplifica experiências reais, em um ambiente controlado, com objetivos de aprendizado e competências exercitadas bem definidos (YANG *et al.*, 2019). A teoria de ensino conhecida como aprendizado experimental serviu como referencial teórico para o desenvolvimento da metodologia de SR. Segundo Kolb (1984), a aprendizagem experimental ocorre por meio de experiências concretas, em etapas bem definidas, como a conceitualização abstrata, experiência ativa, experiência concreta e observação reflexiva.

De acordo com Alinier (2011), diferentes tecnologias podem ser utilizadas durante a simulação, a exemplo de manequins, atores treinados, realidade virtual, simuladores de alta fidelidade, ou mesmo a técnica híbrida (quando se empregam simultaneamente manequins e atores). A utilização de manequins que reproduzem em detalhes o corpo humano se iniciou na década de 1960, sendo primeiro aplicada para o treinamento do procedimento de intubação orotraqueal, técnica que passou a ser conhecida como simulação de alta fidelidade (LATEEF, 2010). Um simulador de alta fidelidade, além de replicar a anatomia humana, tem a capacidade de reproduzir funções fisiológicas, como

respiração, batimentos cardíacos, tosse, contrações uterinas, entre outras (JENKINS *et al.*, 2017).

O laboratório de simulação realística é o local onde são executados os cenários de treinamento simulados. A história clínica, o ambiente físico, os/as participantes da simulação, os simuladores empregados, bem como os parâmetros de início e término do treinamento compõem o cenário de simulação (KANEKO; LOPES, 2019). Este deve permitir ao/à participante mobilizar conteúdos cognitivos, habilidades motoras e competências atitudinais, para a elaboração de soluções aos problemas apresentados.

A execução das ações dentro de um cenário de SR segue a sequência tradicional de *briefing* e *debriefing* (KIRKHAM, 2018). O termo *briefing* guarda relação direta com a origem da técnica de simulação entre pilotos da aviação, que antes das suas missões revisavam o planejamento das rotas e ações a serem executadas. O *briefing* antecede a simulação, consistindo na apresentação do cenário, dos simuladores, recursos utilizados, bem como da história clínica simulada, momento a partir do qual o/a participante inicia sua atuação.

Ao término da primeira etapa de simulação, o/a docente fornece uma devolutiva ao/à estudante, reforçando os pontos positivos, corrigindo inconformidades técnicas, ao mesmo tempo em que sugere estratégias para o aprimoramento das competências envolvidas. Esta segunda etapa é conhecida como *debriefing* e permite uma discussão reflexiva sobre as técnicas empregadas pelo/a discente, angústias vivenciadas e decisões tomadas, de maneira que a autorreflexão termina por orientar o processo de aprendizagem. Nessa etapa, o/a professor/a tem o papel de facilitador/a da aprendizagem, estimulando a capacidade de o/a estudante reconhecer e corrigir seus erros (LEWIS *et al.*, 2019). Terminado o *debriefing*, o/a aluno/a repete o cenário de simulação, desta vez com suas competências reforçadas, o que possibilita a sedimentação do que foi reflexionado nas etapas anteriores. Ao final das duas etapas da simulação, é realizada uma roda de conversa, ocasião em que, de maneira dialógica, todos/as os/as envolvidos/as realizam a avaliação do processo de aprendizagem.

Elaboração dos cenários de simulação

O curso de Medicina da UFRB tem duração mínima de sete anos, e está estruturado em três ciclos: o bacharelado interdisciplinar em saúde, o intermediário e o internato em serviço. O ciclo intermediário tem duração de dois anos, e possui um eixo técnico-científico relacionado aos ciclos de vida, no qual está inserido o componente Saúde da Pessoa Adulta e Idosa I. Este componente possui em sua ementa o objetivo de aprofundar o estudo da propedêutica médica. O ensino da propedêutica em medicina busca desenvolver no/a acadêmico/a uma série de competências, como comunicação oral, empatia, realização do exame físico e raciocínio clínico. A partir do semestre letivo de 2017.1 a metodologia de SR foi introduzida no componente, com o intuito de colaborar com o desenvolvimento de competências relacionadas à propedêutica médica.

O laboratório de treinamento de habilidades do curso dispõe de um simulador de ausculta cardíaca e respiratória, modelo *Harvey*®, adquirido da Universidade de Miami. Trata-se de um simulador de alta fidelidade com capacidade de simular sons de origem cardíaca e pulmonar, pulsos arteriais e venosos, bem como movimentos respiratórios da caixa torácica. A utilização desse modelo de simulador para o treinamento médico já está validada na literatura científica (GAUTHIER *et al.*, 2019). Considerando os aspectos de funcionamento do simulador, em conjunto com os objetivos de aprendizagem do componente, optou-se pela utilização da metodologia de SR de alta fidelidade para o ensino da propedêutica médica dos sistemas cardiovascular e respiratório.

A opção por esses dois sistemas não ocorreu ao acaso. As patologias do sistema cardiovascular respondem pela principal causa de mortalidade na população mundial, ao passo que as doenças do aparelho respiratório, como pneumonia, ainda permanecem como importante causa de morbidade (LIM, 2012). Tal justificativa encontra paralelo no desenvolvimento do primeiro simulador moderno para o treinamento de estudantes de medicina, originário na década de 1960,

que reproduzia tão somente os sons do coração e pulmão (BLAND; TOPPING; WOOD, 2011).

Inicialmente foram estruturados quatro cenários de simulação, dois para cada um dos sistemas envolvidos (cardiovascular e respiratório). Para cada cenário, foi elaborado um breve caso clínico, definidos os sons reproduzidos no simulador e recursos adicionais disponíveis, como estetoscópio e esfigmomanômetro. A sequência de *briefing* e *debriefing* foi adotada para a execução das simulações. O tempo previsto de rotação do/a acadêmico/a em cada cenário foi de uma hora, sendo reservados ainda 20 minutos ao final das simulações para realização do processo de aprendizagem.

Cada um dos quatro cenários de simulação foi estruturado de maneira a representar patologias prevalentes no território de inserção da universidade, quais sejam: doença valvular reumática, prolapso de válvula mitral, consolidação pulmonar (pneumonia) e derrame pleural (hemotórax por projétil de arma de fogo). Era esperado que, ao término da simulação, o/a estudante desenvolvesse a capacidade de integrar os dados da história clínica e achados do exame físico simulado, para a elaboração de hipóteses explicativas e soluções aos problemas apresentados.

Após a apresentação do *briefing*, o/a estudante inicia a simulação, realizando o exame físico no simulador, enquanto o/a docente se encarrega dos ajustes de programação planejados. Ao final da simulação, o/a acadêmico/a deverá ter aprimorado suas competências relacionadas ao exame físico, comunicação, empatia, bem como a capacidade de realizar um raciocínio clínico acurado. Um resumo dos casos clínicos simulados, programação dos sons reproduzidos, objetivos de aprendizagem e competências a serem desenvolvidas em cada cenário é apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Resumo dos cenários de simulação utilizados no componente Saúde da Pessoa Adulta e Idosa I.

<p>Cenário 1 – Jovem de 24 anos, sexo masculino, proveniente do Recôncavo da Bahia, com relato de dispneia aos esforços e edema de membros inferiores. Refere uso de benzotacil na infância. Som reproduzido no simulador: Sopro diastólico em foco mitral (estenose mitral).</p>	
Objetivos de aprendizagem	Competências a serem desenvolvidas
Realizar com conformidade o exame físico cardiovascular; Identificar os sons cardíacos normais e anormais; Caracterizar a doença valvular reumática mitral.	Respeito aos princípios da bioética; Capacidade de identificar sons cardíacos anormais originados da válvula mitral; Capacidade de integrar os dados da epidemiologia, história clínica e do exame físico para elaboração de raciocínio clínico que leve à identificação da doença valvular reumática.
<p>Cenário 2 – Adolescente de 15 anos, sexo feminino. Não relata queixas clínicas, no entanto, refere que tem um “sopro no coração” desde a infância. Som reproduzido no simulador: Sopro sistólico em foco mitral (prolapso mitral).</p>	
Objetivos de aprendizagem	Competências a serem desenvolvidas
Realizar com conformidade o exame físico cardiovascular; Identificar os sons cardíacos normais e anormais; Identificar sopros cardíacos funcionais; Adotar linguagem apropriada para comunicação com adolescentes.	Utilização de comunicação adequada no diálogo com adolescentes; Capacidade de identificar sons cardíacos fisiológicos provenientes da válvula mitral; Formulação de raciocínio diagnóstico que leve à identificação do prolapso mitral; Capacidade de rastrear situações de vulnerabilidade não presentes na fala inicial da adolescente.
<p>Cenário 3 – Trabalhador rural de 72 anos, com relato de febre iniciada há 4 dias, acompanhada de tosse produtiva. Comparece à consulta com esposa e dois filhos. Som reproduzido no simulador: Estertores crepitantes na base do pulmão direito (consolidação).</p>	
Objetivos de aprendizagem	Competências a serem desenvolvidas
Realizar com conformidade o exame físico do sistema respiratório; Identificar os sons da ausculta pulmonar normais e anormais; Identificar sons anormais na percussão pulmonar – maciço; Caracterizar a síndrome clínica: consolidação pulmonar; Realizar avaliação multidimensional da pessoa idosa.	Respeito aos princípios da bioética; Realização de manobras para a diferenciação entre estertores crepitantes e bolhosos; Capacidade de demonstrar respeito e atenção com o/a paciente e familiares, ao mesmo tempo que realiza avaliação global da saúde do idoso; O/A acadêmico/a deverá ser capaz de associar o achado de consolidação pulmonar com a história clínica, concluindo pela hipótese diagnóstica de pneumonia comunitária.
<p>Cenário 4 – Taxista 62 anos, vítima de assalto, perfuração por projétil de arma de fogo em tórax. Som reproduzido no simulador: Ausência de sons pulmonares à direita (derrame pleural).</p>	

Objetivos de aprendizagem	Competências a serem desenvolvidas
Reconhecer situações clínicas de urgência e emergência; Identificar os sons pulmonares normais e anormais; Caracterizar a síndrome clínica: derrame pleural.	Reconhecimento da situação clínica como de alto risco para o/a paciente, exigindo rápida tomada de decisões; Capacidade de manter comunicação clara com a equipe multidisciplinar da emergência; Capacidade de reconhecer a síndrome clínica de derrame pleural ocasionada por hemotórax; Reconhecimento do limite de sua capacidade de atuação.

Fonte: Elaborado pelo autor e autora (2020).

Considerações finais

A aplicação da SR com simulador de alta fidelidade, no contexto do componente Saúde da Pessoa Adulta e Idosa I, para ensino da propedêutica dos sistemas cardiovascular e respiratório, foi iniciada no semestre 2017.1, sendo mantida desde então. O conjunto das ações instituídas tem possibilitado aos/às discentes uma aprendizagem significativa, integrando conteúdos teóricos, habilidades e atitudes. Decorridos três anos de sua introdução no plano de curso do componente, é atualmente compreendida como uma metodologia inovadora, que amplia as relações entre teoria e prática, em um ambiente seguro, contribuindo simultaneamente para a segurança do/a paciente e para a formação de um/a profissional com perfil de atuação reflexiva.

A educação médica dialoga diretamente com a educação de adultos, e reconhece as metodologias ativas como prioritárias para a reformulação dos currículos das faculdades de medicina. Andragogia é a ciência relacionada a essa modalidade de educação, conforme definição cunhada na década de 1970 (MCGRATH, 2009). Não obstante, alguns conceitos fundamentais para a educação médica, como motivação extrínseca e reflexão, não são contemplados pela andragogia, de modo que outras concepções de aprendizagem, como o aprendizado transformador, são somadas para o ensino médico (JONES; PASSOS-NETO; MELRO BRAGHIROLI, 2015).

Independentemente da concepção tomada como referência, o aspecto central do novo modelo proposto pelas DCN é a centralidade do/a estudante no processo de aprendizagem. Segundo Vygotsky (2007, p. 108), o sujeito é interativo e transforma o seu meio para atender suas necessidades, ao mesmo tempo em que transforma a si mesmo. A SR possui como um dos seus pilares o aprendizado estruturado a partir da autorreflexão do/a estudante, propiciando o desenvolvimento de habilidades específicas, como raciocínio clínico e tomada de decisões, ao mesmo tempo em que maximiza a retenção de conteúdos. Os aspectos conceituais aqui apresentados permitem caracterizar a SR como uma metodologia capaz de auxiliar na transformação do paradigma da educação médica tradicional baseada no relatório Flexner.

Nos campos de práticas, os/as estudantes nem sempre têm acesso a uma gama de experiências educacionais uniformes, devido aos fluxos e às características individuais de cada usuário/a nos serviços de saúde. Cada discente vivencia na prática tradicional a experiência que é possível naquele momento (CHOI; WONG, 2019). No contexto do componente Saúde da Pessoa Adulta e Idosa I, a utilização da SR tem permitido que temas e competências essenciais sejam trabalhados de modo uniforme, uma vez que os/as acadêmicos/as terminam por ter acesso aos mesmos cenários de treinamento. A prática real é aspecto essencial para a formação médica, e a simulação não se apresenta como oposição, mas sim como estratégia complementar para a formação, propiciando maior uniformidade das experiências de ensino.

O cenário de simulação oferece um ambiente controlado para o aprimoramento de competências, antecedendo o contato do/a estudante com o/a paciente real. Uma percepção de maior segurança para o/a paciente é um dos aspectos frequentemente mencionado por discentes que já participaram dos cenários de simulação. Ao realizar um procedimento real, o/a acadêmico/a já o terá simulado previamente, de modo que pode então executá-lo de forma mais tranquila e com maior conformidade aos parâmetros de biossegurança (COOPER,

2020). Segundo Ballangrud (2014), o treinamento com a metodologia de SR contribui positivamente para a segurança do/a paciente e da própria equipe de saúde, uma vez que permite aos/às envolvidos/as uma maior compreensão dos processos de trabalho, principalmente em cenários de urgência e emergência.

Alguns/Algumas acadêmicos/as vivenciam medo e insegurança ao serem apresentados à metodologia, principalmente quando percebem que podem ter inconformidades técnicas identificadas durante a simulação (GOLDBERG *et al.*, 2017). No entanto, especialmente após o *debriefing*, esses sentimentos costumam diminuir. A simulação permite que o erro seja encarado como uma oportunidade única de aprendizado e aperfeiçoamento. A estabilidade emocional ao vivenciar a prática real é uma das devolutivas fornecidas por acadêmicos/as que já experimentaram a metodologia. As reflexões sobre esses sentimentos e atitudes são imprescindíveis para o desenvolvimento de competências necessárias à formação médica. A competência da estabilidade emocional, aprimorada após treinamento em simulação, é um dos fatores associados com maior retenção de conteúdos e seguimento aos parâmetros de biossegurança ao longo da vida profissional (FRASER *et al.*, 2012).

A simulação vem sendo progressivamente inserida no currículo das escolas médicas, sendo a sua aplicação ainda incipiente no Brasil. A utilização sistemática dessa metodologia pelas escolas médicas brasileiras pode contribuir de modo positivo para a construção de um perfil de profissional alinhado às novas DCN. A implementação da metodologia de SR no componente Saúde da Pessoa Adulta e Idosa I tem auxiliado para a formação e treinamento de discentes, sendo esse um processo reconhecido como positivo. Uma citação atribuída a Confúcio (551 a.C.), pensador e filósofo chinês, resume de maneira breve e elegante a impressão atual do corpo docente sobre a metodologia: *“Aquilo que escuto eu esqueço, aquilo que eu vejo eu lembro, aquilo que faço eu aprendo”*.

Referências

ALINIER, G. Developing high-fidelity health care simulation scenarios: A guide for educators and professionals. **Simulation & Gaming**, s.l., v. 42, n. 1, p. 9-26, apr. 2011.

BALLANGRUD, R. *et al.* Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: A descriptive qualitative study. **Intens. Crit. Care Nurs.**, s.l., v. 30, n. 4, p. 179-187, 2014.

BLAND, A. J.; TOPPING, A.; WOOD, B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. **Nurs. Educ. Today**, s.l., v. 31, n. 7, p. 664-670, 2011.

BRANDÃO, C. F. S.; COLLARES, C. F.; MARIN, H. F. A simulação realística como ferramenta educacional para estudantes de medicina. **Sci. med.**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília: MEC; CNE, 2014.

CHOI, Y. F.; WONG, T. W. High-fidelity simulation training programme for final-year medical students: implications from the perceived learning outcomes. **Hong Kong Med J**, Hong Kong, v. 25, n. 5, p. 392-398, out. 2019.

COOPER, J. B. Pumpkin Carving, Patient Safety, and Simulation. **Simulation in Healthcare**, Philadelphia, v. 15, n. 3, p. 139-140, jun. 2020.

ESCHER, C. *et al.* Method matters: impact of in-scenario instruction on simulation-based teamwork training. **Advances in simulation**, London, v. 2, p. 25, nov. 2017.

FINNERTY, E. P. *et al.* Flexner revisited: The role and value of the basic sciences in medical education. **Acad. Med.**, Washington, DC, v. 85, n. 2, p. 349-355, 2010.

FRASER, K. *et al.* Emotion, cognitive load and learning outcomes during simulation training. **Medical Education**, v. 46, n. 11, p. 1055-1062, 2012.

GAUTHIER, N. *et al.* Does Cardiac Physical Exam Teaching Using a Cardiac Simulator Improve Medical Students' Diagnostic Skills? **Cureus**, v. 11, n. 5, 2019.

GOLDBERG, A. T. *et al.* Simulated Mortality-We Can Do More. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, Cambridge, v. 26, n. 3, p. 495–504, jul. 2017.

JENKINS, K. D. *et al.* High-fidelity anesthesia simulation in medical student education: Three fundamental and effective teaching scenarios. **IJAM**, v. 3, n. 1, p. 66, 2017.

JONES, F.; PASSOS-NETO, C.; MELRO BRAGHIROLI, O. Simulation in Medical Education: Brief history and methodology. **PPCR Journal**, v. 1, n. 2, p. 56–63, 16 set. 2015.

KANEKO, R. M. U.; LOPES, M. H. B. DE M. Realistic health care simulation scenario: what is relevant for its design? **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, e03453, 2019.

KIRKHAM, L. A. Exploring the use of high-fidelity simulation training to enhance clinical skills. **Nurs Stand**, Bethesda, v. 32, n. 24, p. 44-53, fev. 2018.

KOLB, D. **Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1984.

LATEEF, F. Simulation-based learning: Just like the real thing. **J Emerg Trauma Shock**, Nova Delhi, v. 3, n. 4, p. 348-352, 2010.

LETRUD, K. A rebuttal of NTL Institute's learning pyramid. **Education**, s. 1, v. 133, p. 117–124, jan. 2012.

LEWIS, K. A. *et al.* Does simulation training for acute care nurses improve patient safety outcomes: a systematic review to inform evidence-based practice. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, s. 1, v. 16, n. 5, p. 389-396, 22 out. 2019.

LIM, S. S. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions,

1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, London, v. 380, n. 9859, p. 2224-2260, 2012.

MCCOY, C. E. *et al.* Randomized controlled trial of simulation vs. standard training for teaching medical students high-quality cardiopulmonary resuscitation. **The Western Journal of Emergency Medicine**, Orange, CA, v. 20, n. 1, p. 15–22, jan. 2019.

MCGRATH, V. Reviewing the evidence on how adult students learn: an examination of knowles' model of andragogy. **Adult Learner: The Irish Journal of Adult and Community Education**, Dublin, v. 99, p. 110, 2009.

MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; EZEQUIEL, M. A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde debates atuais. **Ciencias e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.

NUNES, S. O.; GUE MARTINI, J.; CARAVACA-MORERA, J. A. Producción científica sobre la simulación clínica: revisión integrativa de las tesis y disertaciones brasileñas. **Revista Latinoamericana de Simulación Clínica**, Querétaro Arteaga, Mexico, v. 1, n. 1, p. 45–54, 2019.

VYGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

YANG, C.-W. *et al.* Application of high-fidelity simulation in critical care residency training as an effective learning, assessment, and prediction tool for clinical performance. **Journal of the Formosan Medical Association**, s. l., v. 118, n. 9, p. 1347-1355, set. 2019.

Modelos de baixo custo no ensino da medicina

*Ana Clara Menezes Petersen
Camila Neri Carigé
Camylla Nunes de Melo
Joir Lima de Oliveira Júnior
Paulo Plessim de Almeida Filho
Tainá Amorim Gois
Wemíria de Fátima Lima Lopes*

Introdução

A prática acadêmica é importante para o desenvolvimento de competências e habilidades em muitas áreas da educação. Apesar disso, o/a aluno/a de graduação geralmente carece de treinamento suficiente para aquisição da acurácia técnica necessária à execução dos procedimentos pertinentes a sua área (SCHNAIDER; SILVA, 2004). Particularmente em medicina, é fundamental a aquisição de tais competências e habilidades, já que o despreparo do/a profissional pode implicar em alteração morfofuncional de órgão, de sentido, de função segmentar ou mesmo óbito. Logo, a prática acadêmica deve preparar o/a aluno/a para as diversidades e as dificuldades impostas na rotina diária da atividade médica (SANTOS *et al.*, 2011).

Visando ao preparo comentado acima, é de fundamental importância para o/a médico/a generalista, ainda que não pretenda dedicar sua carreira a uma especialidade cirúrgica, o domínio das bases da técnica operatória, tendo em vista que diversas situações da prática médica exigem a execução de procedimentos que não são exclusivos do/a especialista em cirurgia, os quais podem e devem ser realizados por qualquer médico/a que preste assistência a qualquer tipo de paciente. Nesse sentido, é essencial à formação do/a acadêmico/a de Medicina o desenvolvimento de habilidades em cirurgia, uma vez que a simulação das condições encontradas no campo operatório

é imprescindível para a formação cirúrgica dos/as profissionais de saúde (SANTOS *et al.*, 2011). Em suma, estudantes de Medicina devem ser capacitados, durante a graduação, a executarem esses procedimentos rotineiros em situações que demandam conhecimentos teóricos e práticos de atos cirúrgicos (MARQUES, 2003).

Ensino de técnica operatória

Para alguns/algumas autores/as, como Diniz *et al.* (2006), não é ético que alunos/as de graduação desenvolvam seu aprendizado prático utilizando o ser humano como ferramenta. Lógico que, nos primeiros anos de graduação, o/a estudante ainda está se habituando ao contato com o/a paciente, então seria razoável afirmar que no início da graduação, talvez seja mais seguro e mais produtivo o aprendizado prático por outras vias. Nesse sentido, as escolas médicas modernas vêm fazendo uso de modelos animais e, mais recentemente, de modelos sintéticos e simuladores para o treinamento das habilidades médicas do discente em todas as grandes áreas. Especificamente em relação ao ensino da técnica cirúrgica, os cursos de Medicina tradicionalmente possuem uma extensa carga horária de atividades práticas, contando com o treinamento das técnicas em animais vivos, em função da similaridade destes com os tecidos humanos e por conta da viabilidade econômica (GARRETTO; MARTINS, 2018). Todavia, para que essa forma de aprendizado se fizesse possível, muitas vezes os animais eram submetidos a sofrimento e, em muitas situações, eram sacrificados.

Em virtude das alterações culturais, sociais e econômicas que perpassam as escolas médicas nos últimos anos, bem como do advento das novas tecnologias de ensino e do surgimento de novos conceitos cirúrgicos, o aprendizado de técnicas operatórias na formação médica vem contando com a introdução de modelos e simuladores que substituem, pelo menos em parte, o treinamento em cadáveres e animais (MOTTA; BARACAT, 2018). O uso de simuladores representa uma evolução significativa no ensino médico. Sua utilização é uma

ferramenta útil no treinamento de alunos/as e residentes, diminuindo os riscos aos/às pacientes (CARTER *et al.*, 2010).

Muitos dos simuladores desenvolvidos nos últimos anos para atender às demandas das escolas de Medicina contam com alta tecnologia. São modelos sofisticados e realistas que oportunizam aos/às graduandos/as a prática e o aperfeiçoamento de técnicas invasivas. Porém, apesar de todos esses aparentes benefícios, tais simuladores são de alto custo e, quando adquiridos, com frequência acabam sendo danificados devido às repetidas manipulações (BASTOS *et al.*, 2019).

A associação entre alto custo, tanto de aquisição como de manutenção, e deterioração desses modelos faz com que alternativas a sua utilização sejam consideradas. Uma delas é o uso de simuladores e modelos artesanais, obtidos a partir de materiais de baixo custo e que não demandam engenharia avançada para serem confeccionados. Lançar mão de modelos artesanais experimentais tem sido uma alternativa viável para o aprendizado de diversas técnicas, pois permite o treinamento do/a estudante nas fases iniciais do curso de Medicina. Tem-se apostado também no uso de peças de animais como modelos e simuladores (modelos biológicos *ex vivo*), a exemplo da língua bovina para a realização de suturas. Isso permite o treinamento do manuseio adequado dos instrumentos e o aperfeiçoamento da aproximação de bordas do tecido, desenvolvendo a habilidade cognitiva do/a discente e, conseqüentemente, um melhor aprendizado, reduzindo inclusive o tempo de treinamento em humanos e possíveis complicações de técnicas mal feitas (FRANCO *et al.*, 2008; OTOCH *et al.*, 2012). Como indica um estudo feito por Otoch *et al.* (2012), os/as estudantes consideram esse modelo útil para as atividades práticas de sutura.

Nesse sentido, o aprendizado pode ser desenvolvido em etapas, com o início da realização de procedimentos em modelos artificiais, com posterior treinamento em peças de animais e por último em humanos (EBRAM NETO *et al.*, 1998). Apesar dos vários argumentos a favor da utilização de tais modelos e simuladores, Bastos *et al.* (2019) demonstraram que ainda se faz relevante a realização de mais

estudos a fim de comprovar o benefício do treinamento nesses tipos de simuladores para a prática dos procedimentos em seres humanos e, conseqüentemente, a melhoria da formação médica em nosso país.

Coadunando com o referencial exposto, iniciou-se em 2019 a utilização de modelos e simuladores artificiais no programa de monitoria do componente Elementos de Técnicas Cirúrgicas (ETC) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Como será exposto adiante, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência da construção e utilização desses modelos, mediante uma metodologia descritiva, baseada na observação qualitativa de caráter desenvolvimentista, apoiada na descrição da produção e utilização dos simuladores para o aprimoramento das técnicas cirúrgicas essenciais pelos/as monitores/as do componente Elementos de Técnicas Cirúrgicas.

Simuladores artesanais na UFRB

Com o advento do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais, em 2008, e o Programa Nacional de Expansão de Vagas dos Cursos de Medicina, em 2012, houve um aumento significativo de vagas e cursos de Medicina no país e na Bahia. Entretanto, esse aumento não foi acompanhado da devida ampliação de investimentos em pessoal docente, estrutura dos *campi*, materiais, insumos e campos de prática. Sendo assim, vários centros de ensino médico de universidades públicas, nos quais os recursos são mais limitados, enfrentam dificuldades na aquisição dos modelos e simuladores para as práticas de cirurgia, devido aos altos custos desses materiais, bem como de suas manutenções. Essa realidade também se faz presente desde o início do curso de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, criado em 2012.

Na tentativa de contornar tais dificuldades e melhorar o processo de ensino-aprendizagem, foi implantada a monitoria de Técnicas Cirúrgicas, no semestre 2019.1, reunindo uma equipe de monitores/as composta por discentes que concluíram o componente de Elementos

de Técnicas Cirúrgicas no semestre 2018.2. A fim de pensar estratégias que superassem os vários desafios existentes, as técnicas contidas nos livros de cirurgia foram adaptadas para roteiros mais acessíveis aos/às estudantes e foi aventada a possibilidade de uso de materiais de baixo custo para manufatura e confecção de modelos artificiais usados nas práticas de ligaduras, drenagem torácica, exérese de lesões, sutura, nós cirúrgicos, dentre outros.

Antes da implementação da monitoria, as práticas se resumiam basicamente no treinamento de suturas em língua de boi e de acesso venoso central em um simulador de alto custo adquirido no início do curso. Além disso, havia uma limitação do número de aulas práticas, que ocorriam entre 3 a no máximo 5 vezes por semestre, devido à, dentre outros motivos, falta de material e de professores/as de Cirurgia no quadro de servidores/a da universidade. Com relação aos simuladores pré-existentes à monitoria, havia modelos de acesso central, toracocentese, punção periférica e sondagem vesical feminino e masculino, entretanto, a maioria sofreu um processo rápido de deterioração desde a sua aquisição, estando danificada no momento do uso, aliado à ausência de peças de reposição, dificultando sua utilização.

Com a criação da monitoria acadêmica foi possível ao/à estudante de Medicina o aprofundamento e consolidação dos conhecimentos teóricos e práticos da disciplina, o seu envolvimento na discussão dos temas a serem abordados no componente curricular, assim como na elaboração e organização dos materiais a serem utilizados nas práticas. Com isso, foi factível a confecção de modelos artesanais pelos/as monitores/as, orientados/as pelos/as docentes, para os procedimentos em aulas práticas. Cabe ressaltar aqui que o programa de monitoria da disciplina é de grande enriquecimento para o curso e o componente curricular, assim como para o/a monitor/a, que teve a oportunidade de aperfeiçoar suas habilidades colocando em prática o conhecimento adquirido (ALBUQUERQUE *et al.*, 2012).

Os/As monitores/as de técnica cirúrgica foram fomentados/as desde a implantação do programa a lançar mão da criatividade

para a confecção dos materiais e uso dos recursos pré-existentes na Universidade, pois as competências para atos cirúrgicos não são consolidadas apenas com o conhecimento teórico. A construção desses modelos de treinamento, de forma artesanal, tem como objetivos o já citado baixo custo e fácil reprodutibilidade, assemelhando-se à anatomia humana (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Segundo Rocha *et al.* (2017), é importante também que o modelo proposto se assemelhe aos modelos vendidos pela indústria para que a técnica seja treinada extensiva e corretamente, de forma a seguir os mesmos passos da abordagem ao/à paciente.

Os modelos produzidos pelos/as monitores/as contemplavam os seguintes procedimentos: sutura, nó cirúrgico, ligadura vascular, toracocentese, toracostomia, acesso central, drenagem de abscesso, cricotireoidostomia, traqueostomia e exérese de lesões de pele. Os materiais utilizados para o desenvolvimento dos simuladores foram: EVA, esponjas multiuso, conduíte, tórax de manequins de plástico, novelos de lã, fita adesiva, espuma, madeira, dentre outros. Os/As monitores/as se reuniam com antecedência, sob orientação dos/as docentes, nos laboratórios do Centro de Ciências da Saúde da UFRB, para o planejamento, discussão e fabricação.

No que se refere às especificidades de cada protótipo confeccionado pela monitoria de ETC, produziu-se, por exemplo, um modelo de pele que utilizava EVA simulando sua camada externa, enquanto as espumas de diferentes densidades e espessuras simulavam o tecido subcutâneo e o músculo (Figura 1). Esses modelos são versáteis, podendo ser utilizados para prática de exérese de lesões, de suturas, como a bolsa de tabaco e chuleios (Figura 2) e de ligaduras. Quanto às práticas de traqueostomia e cricotireoidostomia, o conduíte simulava a traqueia, possibilitando a incisão para treinamento. O tórax de manequim, vendido comumente como expositores de lojas de roupas, foi adaptado e usado em procedimentos como toracocentese, toracostomia, ligadura vascular (Figura 3) e acesso venoso central. E para o treinamento do nó de cirurgião, foi utilizado o fio de lã que também simulava artérias e veias na ligadura vascular.

Figura 1. Modelos de pele com EVA e espumas, simulando suas diferentes camadas. Utilizados para suturas, ligadura vascular e exérese de lesões. A) Montagem. B) Modelo pronto para utilização.



Figura 1. Fotografias das autoras (2020).

Figura 2. Modelos simuladores de pele utilizados para sutura. A) Sutura em Bolsa de Tabaco. B) Chuleio.



Fonte: Fotografias das autoras (2020).

Figura 3. Modelo de ligadura vascular montado utilizando tórax de manequim e simulador de pele.



Fonte: Fotografias das autoras (2020).

Aprendizado e avaliação de habilidades

O aprendizado e a avaliação de habilidades em técnicas cirúrgicas dentro da formação médica no Recôncavo da Bahia baseiam-se no proposto pela pirâmide de Miller (ZIMMERMANN, 2019). Nela se tem, em uma sequência vertical, a representação dos diferentes níveis da aquisição do domínio de habilidades (saber, saber como fazer, mostrar como se faz e o fazer). Dessa forma, a avaliação ocorre por meio de atividades sistemáticas, que permitem saber o que o/a estudante conhece, sabe fazer e se o faz de modo adequado, além de sua atitude frente aos aspectos práticos, de forma a possibilitar *feedbacks* que confirmam intervenções no processo educacional, para a correção de erros e reforço aos aspectos positivos (ZIMMERMANN, 2019).

Ainda de acordo com o autor, ao se falar de avaliação educacional, o método ideal deve possuir cinco dos atributos tidos como fundamentais: validade, fidedignidade, factibilidade, aceitabilidade e impacto educacional. Tendo em vista tais atributos e uma avaliação voltada a *feedbacks*, utilizou-se na avaliação dos/as discentes o Exame Estruturado de Habilidades Clínicas - OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*), amplamente validado em provas de residência e concursos médicos. Com o OSCE é possível reproduzir, com o máximo de autenticidade, cenário reais. Por meio do uso de simuladores e modelos sintéticos de baixo custo, os/as estudantes tiveram a oportunidade de treinar e demonstrar suas habilidades, assim como, o/a instrutor/a / monitor/a obteve o imediato retorno sobre o desempenho dos/as estudantes em determinada aptidão. A praticidade, o baixo custo e o entendimento tridimensional dos procedimentos puderam ser observados, corroborando os estudos de Denadai *et al.* (2014).

Embasados nas experiências adquiridas, a simulação e o treinamento nesses modelos proporcionaram a possibilidade de repetição da prática até um nível satisfatório, já que eram facilmente confeccionados e, em caso de deterioração, prontamente substituídos. Esse nível de prática, que não conseguia ser atingido nos primeiros

anos do curso de Medicina da UFRB, pôde ser consolidado através de repetições programadas, como preconizado por Motta e Baracat (2018), devido à disponibilidade de material para tal treinamento.

Pelo fato de serem de baixo custo, permite-se também a reprodução desses modelos pelos próprios/as discentes que estão cursando o componente curricular, para treinamento em âmbito residencial, o que fomenta a repetição e a prática individualizada, não vinculada apenas a espaços de laboratórios de simulação ou a serviços de saúde. No contexto do Recôncavo, essa característica é extremamente importante, pois muitas vezes os/as discentes se encontram em situações socioeconômicas desfavoráveis. Logo, a possibilidade de realizar um treinamento de baixo custo, em sua residência, motiva ainda mais o/a estudante a aprender.

Por essas razões, o emprego de modelos sintéticos de baixo custo mostra-se como uma alternativa a mais para avaliação das habilidades dos/as estudantes frente a situações técnicas cirúrgicas, com boa acessibilidade e reprodutibilidade. Somado a isso, o acompanhamento dos/as monitores/as promove uma tranquilidade emocional necessária para que os/as estudantes se sintam confortáveis em expressar suas dúvidas com maior facilidade, de errar e aprender com seus erros e de aprimorar seu conhecimento tanto na teoria quanto na prática.

Consolidando a discussão acima, uma monitora do componente de ETC relata sua vivência:

[...] Além de auxiliar nas aulas práticas, participei da criação de modelos de simulação que pudessem proporcionar aos alunos uma maior proximidade da realidade. Criamos modelos para ligadura vascular, toracocentese, toracostomia, drenagem de abscesso, suturas, utilizando material como linha de crochê, espuma, EVA e couro sintético. A percepção que tive foi de que as aulas ficaram muito mais dinâmicas e possíveis de acontecer com o uso dos modelos, pois eram de fácil confecção, baratos e os alunos conseguiam aplicar a teoria de uma forma mais fiel à realidade.

Considerações finais

O estudo médico em cirurgia, como já demonstrado, vai muito além de um componente voltado apenas para a prática cirúrgica. Ele demanda conhecimento teórico, processos de avaliação de riscos e de tomada de decisão, comunicação, trabalho em equipe, análise de custos e gestão (MOTTA; BARACAT, 2018). Torna-se, assim, importantíssimo o treinamento em ambiente simulado, para adquirir habilidades e atitudes resolutivas e condizentes com as necessidades da população no âmbito do cuidado em saúde. Apesar do recente aumento de disponibilidade de modelos artificiais para treinamento no mercado nacional e internacional, devido ao seu custo relativamente alto, muitas vezes se inviabiliza a aquisição de um quantitativo suficiente para o número de estudantes por turmas, acrescido também do custo de manutenção desses modelos (DINIZ *et al.*, 2006).

Neste cenário, é interessante e necessário aprofundar os investimentos em pesquisa para desenvolver modelos a partir da reciclagem de objetos derivados de plásticos, emborrachados, entre outros, que sejam de fácil manuseio e possuam similaridades com os tecidos e correlação anatômica esperada para com a espécie humana, além de uma produção de baixo custo e com envolvimento dos/as estudantes no processo de criação. Tendo em vista a importância do desenvolvimento de tais habilidades cirúrgicas, o contexto financeiro das universidades públicas no Brasil, em especial de uma universidade relativamente nova no território do Recôncavo da Bahia e os outros aspectos supracitados, vislumbra-se a elaboração de novos projetos para manufatura de outros tipos de modelos sintéticos e aperfeiçoamento dos já existentes.

Para os períodos seguintes, já existe a ideia da construção de novos modelos para as práticas de acesso vascular periférico e central, anastomoses digestivas e remoção de lesões de pele. Adicionalmente, dentro do Programa de Extensão em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental, está em construção um projeto para a montagem de um simulador de videolaparoscopia, que possa ser utilizado para o

treinamento dos princípios de videocirurgia, não só dos/as discentes da UFRB como também dos/as residentes do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus. Importante ressaltar a busca por parcerias, tanto internas, como o Centro de Ciência e Tecnologia em Energia e Sustentabilidade (CETENS), quanto externas, para execução de projetos conjuntos futuros, assim como a possibilidade de publicação de trabalhos, pesquisas científicas e registro de patentes de modelos que porventura sejam desenvolvidos.

Dado o exposto, a simulação por meio dos modelos sintéticos de baixo custo contribui para o crescimento do curso de Medicina da UFRB, agregando conhecimento construído a partir de uma realidade local de restrição financeira, melhorando a formação técnica e humanística do egresso de Medicina, fomentando a formação de um/a profissional engajado/a na busca por alternativas viáveis e sustentáveis de melhorar o cuidado em saúde da população do Recôncavo, que, por conta das suas características étnicas, culturais e socioeconômicas, se encontra historicamente alijada do acesso ao cuidado médico básico e especializado. O fortalecimento dessas ações irá, sem dúvida, ressignificar o aprendizado médico, afetando positivamente não só o curso de Medicina como toda a comunidade acadêmica, repercutindo positivamente na consolidação social do território de identidade do Recôncavo.

Referências

ALBUQUERQUE, G. S.; MENDES, R. R. S.; ROCHA, B. C.; CARREIRO, M. C. Monitoria de técnica operatória e cirurgia experimental e sua relevância na formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v.36, n.4, p.564-569, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/JHsKYgM8fQPQQdj6R5VMvyD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BASTOS, M. G.; DALAMURA, R. O.; VIEIRA, A. L. S.; PAZELI JR., J. Utilização de simuladores artesanais no treinamento ultrassonográfico de procedimentos invasivos em nefrologia: acesso venoso e biópsia renal. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 423-426, set. 2019. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002019000300423&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jun. 2020.

CARTER, Y. M.; WILSON, B. M.; HALL, E.; MARSHALL, M. B. Multipurpose simulator for technical skill development in thoracic surgery. **J Surg Res.**, s. l., v. 163, n. 2, p. 86-91, 2010.

DENADAI, R. *et al.* Modelos de bancada de baixa fidelidade para o treinamento de habilidades cirúrgicas básicas durante a graduação médica. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 137-145, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41_n2/pt_0100-6991-rcbc-41-02-00137.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

DINIZ, R. *et al.* Animais em aulas práticas: podemos substituí-los com a mesma qualidade de ensino? **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 31-40, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/LhqrGmPyYwXP9mHWLMBDbzH/?lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2020.

EBRAM NETO, J. *et al.* Modelo de dispositivo para treinamento e avaliação das habilidades em técnica operatória. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 13, n. 1, jan. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86501998000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jun. 2020.

FRANCO, D. *et al.* Uso de língua bovina na prática de técnicas de sutura. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. 442-444, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912008000600015. Acesso em: 19 mar. 2020.

GARRETTO, J. V. T. M. MARTINS, F. P. Substitutivos do modelo animal no ensino de técnica cirúrgica: uma revisão. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 97, n. 6, p. 561-568, dez. 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/149971>. Acesso em: 19 mar. 2020.

MARQUES, R. G. Importância do ensino de técnica operatória e cirurgia experimental no curso de Medicina. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1 p. 34-35, jun. 2003. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/?handler=artigo&id=274>. Acesso em: 19 mar. 2020.

MOTTA, E. V.; BARACAT, E. C. Treinamento de habilidades cirúrgicas para estudantes de medicina – papel da simulação. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 97, n. 1, p. 18-23, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/140910>. Acesso em: 18 jun. 2020.

OLIVEIRA, E. F. B.; AZEVEDO, J. L. M.; AZEVEDO, O. C. Eficácia de um simulador multimídia no ensino de técnicas básicas de videocirurgia para alunos do curso de graduação em Medicina. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 251-256, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912007000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jun. 2020.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* Desenvolvendo um modelo sintético de baixo custo para treinamento de drenagem torácica em ambiente de simulação. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 99, n. 2, p. 115-121, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/160715>. Acesso em: 18 jun. 2020.

OTOCH, J. P. *et al.* Alternativas ao uso de animais no ensino de técnica cirúrgica. **RESBCAL**, São Paulo, v.1 n.1, p. 33-40, mar. 2012.

ROCHA, I. R. O. *et al.* Modelo artesanal para treinamento de acesso vascular periférico. **J Vasc Bras.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 195-198, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/3xrTKxzwHBVGHjNXWvvpjB/?lang=pt>. Acesso em: 19 mar. 2020.

SANTOS, S. S. S. *et al.* Montagem de modelo cirúrgico experimental para drenagem de abscesso. ENCONTRO UNIVERSITÁRIO DA UFC NO CARIRI, 3. Juazeiro do Norte, CE, 26-28 out. 2011. **Anais...** Juazeiro do Norte, CE: UFC, 2011. Disponível em: <https://conferencias.ufca.edu.br/index.php/encontros-universitarios/eu-2011/paper/download/125/323>. Acesso em: 19 mar. 2020.

SCHNAIDER, A.; SILVA, P. C. Usodeanimaisemcirurgiaexperimental. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 19, n. 4, ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acb/a/bBY4fVwyS5QVF6GfRdkcdGx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2020.

ZIMMERMANN, M. H. Avaliação Clínica Objetiva Estruturada (OSCE) com feedback efetivo e vídeo feedback: sua interface no ensino e na aprendizagem. 2019. 362 f. Tese (Doutorado em Ensino de Ciência e Tecnologia) - Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Tecnologia, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, PR, 2019.

MBE: da educação médica ao big business

*Tânia Guimarães Lapa
Marcelo Dourado Rocha
André Luis Mattedi Dias*

Introdução

Nos dois principais hospitais da rede pública de Salvador, Hospital Geral do Estado (HGE) e Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), nos atendimentos pediátricos de emergência, é usual a necessidade de realizar procedimentos diagnósticos de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância magnética, que demandam a sedação da criança. Em alguns casos, utiliza-se midazolam spray nasal, em outros, midazolam endovenoso. Também se utiliza cetamina endovenosa ou intramuscular. Eventualmente, esses procedimentos podem se tornar problemáticos, ora porque não há anestesiologistas presentes no momento para conduzir o procedimento, ora porque a droga não está disponível, mas, principalmente, porque não há ainda um protocolo estabelecido nos referidos hospitais definindo qual a droga de escolha e a via de acesso para utilização nos casos dos atendimentos feitos pelos/as pediatras emergencistas, quando o/a anestesiologista está ausente.

A busca por uma resposta para a questão exposta acima, a saber, qual o procedimento de escolha para sedação de crianças, quando da realização de procedimentos diagnósticos de imagem pelos/as pediatras em atendimento de emergência, leva muitas vezes aos conceitos de revisão sistemática (RS) e de medicina baseada em evidência (MBE). A RS é uma metodologia largamente empregada atualmente para buscar as consideradas melhores evidências científicas para apoiar a solução de um problema da prática médica clínica. A RS faz parte do que se convencionou chamar de MBE. Contudo, em diálogos com médicos/as e com estudantes residentes e

internos/as nos dois referidos hospitais, constatou-se que o tema MBE, incluindo a RS, ainda não está incorporado plenamente na cultura médica profissional baiana. Então, pareceu-nos relevante um estudo de MBE que não apenas focasse sua descrição operatória e técnica, como é usual, mas que também oferecesse uma compreensão crítica, histórica e filosófica sobre o assunto.

Este texto está estruturado em ordem cronológica. Inicialmente, discutiremos as ideias fundamentais constitutivas da MBE, tal como apresentadas pelos/as seus/suas fundadores/as na década de 1990. Depois, evidenciaremos algumas das principais críticas que lhe foram endereçadas desde a década de 1990 até recentemente. Ao final, alertaremos sobre alguns aspectos contemporâneos da MBE, principalmente para os riscos decorrentes do seu modelo corporativo de big business e do seu envolvimento com a big pharma.

Medicina baseada em evidências

O historiador e filósofo da ciência Thomas Kuhn chamou atenção para o papel que os manuais científicos cumprem na formação dos/as novos/as profissionais, quando estão iniciando sua trajetória numa certa área científica e profissional. De acordo com Kuhn (1963), os manuais científicos treinam os recém-chegados para resolver certos tipos de problemas-padrão seguindo uma rotina previamente estabelecida e consagrada nessa disciplina.

De algum modo, foi isso que encontramos quando buscamos estudar a MBE em alguns textos canônicos escritos pelos/as fundadores/as da MBE na década de 1990 e em manuais e tutoriais largamente disponíveis, que explicam como os/as médicos/as devem proceder para responder aos seus problemas clínicos de acordo com o método da MBE. Nesses textos e manuais, bem como nas dezenas de publicações disponíveis em periódicos brasileiros, quase sempre se diz que David Sackett, médico, pesquisador e professor da Universidade McMaster, no Canadá, propôs a MBE como uma nova abordagem para ensinar a prática clínica, concebida como o uso consciencioso, explícito e criterioso da melhor evidência científica disponível para a

tomada de decisões sobre o tratamento do/a paciente (GUYATT *et al.*, 1992). A MBE incorpora, pois, três elementos igualmente importantes: 1) a melhor evidência científica disponível; 2) a experiência clínica do/a profissional de saúde; 3) os valores e preferências do/a paciente (SACKETT *et al.*, 2003).

Revisão sistemática (RS)

De acordo com a MBE, a melhor evidência científica deve ser obtida com a aplicação de metodologias de RS na literatura científica disponível nas bases de dados bibliográficas. O primeiro passo sempre é a construção de uma questão clínica adequada, na expectativa de encontrar uma resposta que pode ser buscada em inúmeras fontes de informação científica. Um grande problema, de acordo os autores canônicos da MBE, é que nem toda fonte de informação é fidedigna, pois nem sempre oferece as melhores evidências disponíveis na atualidade, de tal modo que a decisão clínica poderá, nesse caso, expor o/a paciente a um risco desnecessário. É por essa razão que a busca da informação científica atualizada sobre a eficácia de procedimentos ou medicamentos deve ser criteriosa, cercada de cuidados. Pode ser realizada em bases primárias que disponibilizam os trabalhos originais, cabendo ao/a leitor/a o ônus de selecionar e analisar criticamente a validade dos seus resultados, mas pode também ser realizada em bases secundárias, especializadas em realizar revisões sistemáticas, que economizam o tempo do/a leitor/a na seleção metodológica e avaliação crítica (SACKETT *et al.*, 2003).

Habilidade clínica

De acordo com os seus/suas fundadores/as, a MBE não é apenas uma metodologia científica baseada em revisões sistemáticas, é também um processo que inclui a tomada de decisão local, contextualizada, referenciada em cada caso, sobre a utilização – ou não – dos resultados obtidos das revisões sistemáticas. A prática médica atual confronta-se com uma infinidade de inovações científicas e tecnológicas, que

abrem um leque muito grande de opções diagnósticas e terapêuticas para o/a médico/a e o/a paciente, gerando a necessidade de avaliar a efetividade delas em cada caso, porque trazem consigo riscos e custos nem sempre compensados pelos benefícios esperados.

Além disso, existe uma diferença fundamental entre a eficácia do procedimento ou medicamento e sua efetividade. Na pesquisa clínica, a eficácia é a capacidade de um medicamento de produzir efeitos benéficos nas circunstâncias ideais dos ensaios randomizados controlados (ERC), enquanto a efetividade mede o efeito terapêutico de um medicamento em condições reais na população. Logo, um medicamento eficaz nem sempre é efetivo (SACKETT *et al.*, 1996).

Cinco passos da MBE

Segundo Thomas Kuhn (1970), conceitos, métodos e valores que acompanham os textos canônicos e manuais de divulgação de uma certa comunidade científica fazem parte do paradigma científico vigente nessa comunidade, que também se expressa nos modelos rotineiros para solução de problemas contidos nesses mesmos manuais e textos canônicos.

Fundadores e adeptos da MBE pretendem que médicos/as formem algo como uma comunidade científica paradigmática, no sentido kuhniano? De fato, David Guyatt apresenta a MBE como um novo paradigma emergente para a prática médica (GUYATT *et al.*, 1992). Sendo assim, então, os textos canônicos e de divulgação da MBE descrevem um paradigma a ser implantado e seguido, inclusive, David Sackett e equipe (2003) propuseram um modelo de cinco passos que forma a base para a integração da prática clínica com o ensino da MBE e que são quase consensualmente reconhecidos na literatura internacional e majoritariamente adotados pelos especialistas da área:

1. Elaboração de uma pergunta respondível a partir da necessidade de informação (sobre prevenção; diagnóstico, prognóstico, terapêutica);
2. Identificação da melhor evidência que responde a essa pergunta;

3. Análise crítica da evidência quanto à sua validade científica e ao seu impacto e aplicabilidade clínica;
4. Integração da análise crítica com os conhecimentos e experiência clínica do profissional, e com os valores e expectativas do paciente;
5. Avaliação da efetividade e eficiências na execução dos passos 1 a 4 (SACKETT *et al.*, 2003).

Há centenas, talvez milhares de tutoriais – textos, vídeos, cursos, sites – para treinamento de estudantes e médicos/as na adoção e aplicação desses cinco passos da MBE (SACKETT *et al.*, 2003). De algum modo, esses manuais e essa sequência de passos se enquadram naquele padrão pedagógico de treinamento para o exercício da profissão científica tal como descrita por Thomas Kuhn (1963), que a qualifica como dogmática e adesista, porque inculca um comprometimento profundo com um modo particular de ver o mundo e praticar a ciência, sem suscitar nenhum tipo de questionamento ou problematização crítica.

Entretanto, houve críticas e reações negativas contra a MBE. Principalmente na literatura internacional, constatou-se a existência de uma forte reação contrária à MBE fundamentada em vários tipos de críticas: epistemológicas, éticas, metodológicas, dentre outras, que questionavam as hierarquias das evidências defendidas pela MBE; os envolvimento das corporações farmacêuticas e biomédicas com os ensaios randomizados controlados (ERC); as abordagens tecnocientíficas do cuidado e sua prevalência em detrimento das formas compreensivas de assistência; a submissão incondicional da expertise profissional à expertise científica; a falta de uma abordagem para as doenças crônicas, doenças sociais complexas e a multimorbidade, dentre outras (GREENHALGH; WORRALL, 1997).

Críticas à MBE

Imediatamente após a divulgação dos manifestos do *Evidence Based Medicine Working Group* no *ACP Journal Club* (GUYATT, 1991) e no *Journal of American Medical Association* (GUYATT, 1992), tiveram início controvérsias acerca das ideias e propostas da MBE, que

perduram até hoje, focando principalmente nas bases epistemológicas e nos aspectos éticos da proposta. Nessa época, foi criada uma revista específica (*British Medical Journal – Evidence Based Medicine* ou *BMJ-EBM*), enquanto fascículos especiais em periódicos médicos acumulavam as críticas e os debates (e.g. *Journal of Evaluation of Clinical Practice*).

Inicialmente, os debates e as críticas focaram questões como o empoderamento dos/as pacientes, a análise do custo/benefício dos tratamentos, mas a crítica mais forte acusou a MBE de não ser verdadeiramente uma revolução ou uma mudança de paradigma, como anunciavam seus autores, muito ao contrário, de ser na verdade o desenvolvimento do paradigma hegemônico já existente (CRAWLEY, 1993).

Uma reação institucional foi protagonizada pelos editores do prestigioso periódico médico britânico *The Lancet*, que reagiu ao editorial inaugural da revista *Evidence-Based Medicine*, lançada conjuntamente pelo *British Medical Journal* e pelo *Annals of Internal Medicine* (SACKETT; HAYNES, 1995; DAVIDOFF *et al.*, 1995). *The Lancet* criticou a “estridente insistência” dos fundadores da MBE em qualificar como imprópria qualquer prática médica que não fosse baseada em sua metodologia. Para este periódico, embora muitos dos princípios da MBE fossem aceitáveis, tornavam-se inaceitáveis diante da atitude arrogante dos seus fundadores, que pretendiam se impor como a nova ortodoxia médica (THE LANCET, 1995).

Os/As fundadores/as e adeptos/as da MBE respondiam às críticas que lhes eram endereçadas, quase sempre, alegando que os/as críticos/as ou eram representantes do autoritarismo conservador do *establishment* médico ou entendiam mal e não interpretavam corretamente os princípios e as prescrições da MBE (SACKETT *et al.*, 1996). Procedendo dessa forma, os/as adeptos/as da MBE recorriam a um óbvio sofisma: o ponto de vista da MBE é aquele que defende sempre a melhor evidência científica, empírica e racionalmente obtida e verificada, de tal modo que qualquer ponto de vista distinto, *ipso facto*, está supostamente envolvido com ou decorrerá de alguma

limitação ou mal entendido empírico ou racional. Por meio desse sofisma, os/as propositores/as da MBE se posicionam sempre no lugar da modernização, da inovação empírica, lógica e racional, enquanto que os/as seus/suas adversários/as são posicionados/as sempre no lugar da tradição e da autoridade, do erro empírico, lógico e racional.

Do outro lado, críticos/as insuspeitos/as alegavam que a MBE poderia conduzir a uma forma de autoritarismo na prática médica. Alvan Feinstein, autor do livro que inspirou David Sackett na década de 1960, desferiu uma crítica minuciosa e impactante contra os métodos e as práticas da MBE. De acordo com Feinstein, é importante examinar o conteúdo das "evidências", a qualidade e a abrangência dos dados considerados pelos Ensaio Randomizados Controlados (ERC), considerados o padrão ouro de evidência pela MBE, pois os ERC consideram frequentemente apenas *hard data* sobre morte, doença e demografia, mas raramente incluem *soft data* distintivos dos/as pacientes individuais, que são utilizados pelos/as médicos/as para tomada de decisão em casos clínicos. Ou seja, os ERC omitem muitas variáveis clínicas importantes que podem ser cruciais para diversas decisões clínicas. Além disso, os critérios para avaliação da qualidade dos ERC demandam julgamentos interpretativos, de modo que as decisões interpretativas dos/as médicos/as "tradicionais", criticadas pela MBE, podem estar sendo substituídas por decisões interpretativas de um novo grupo de autoridades credenciados pela MBE (FEINSTEIN; HORWITZ, 1997, p. 533).

Outros tipos de críticas dirigiam-se ao modo como os ERC são avaliados por grupos de especialistas reunidos em conferências de consenso, que decidem quais são as melhores evidências e a importância prática dos ERC. Então, o poder persuasivo dos ERC e dos consensos decorre do capital moral e intelectual que ambos acumulam por serem vistos como impessoais, desvinculados e objetivos, embora, na verdade, ambos possuam, por um lado, limitações intrínsecas inerentes, por outro, limitações decorrentes do envolvimento de pessoas. Na verdade, os ERC também possuem limitações, dentre as quais: diferentes dosagens dos agentes farmacológicos raramente são

testadas; os benefícios e os males decorrentes das combinações nunca são avaliados, porque os testes sempre são feitos com intervenções simples; os resultados são obtidos para um tempo limitado, mas uso desses resultados é feito rotineiramente na prática clínica, extrapolando o tempo limitado, sem estudos sobre isso (SNIDERMAN, 1999).

Além disso, a ampliação do escopo da MBE – do cuidado com os/as pacientes individuais para os sistemas de saúde e as políticas públicas – decorre do interesse pelo controle dos custos (GRAY, 1997), aspecto de particular interesse para o mercado de seguros e para as corporações biomédicas e a *big pharma*. Nesse sentido, a MBE tornou-se cada vez mais um processo de racionalização regulatória com base em protocolos e diretrizes que prescrevem detalhadamente os passos que médicos/as e gestores/as de saúde devem adotar para tomada de decisões clínicas, políticas, financeiras e comerciais (MEULEN; DICKENSON, 2002). Desse modo, a MBE extrapolou os limites empíricos epistemológicos para envolver também os aspectos éticos e políticos da atividade tecnocientífica (TONELLI, 1998).

A revista *Journal of Medical Ethics*, do grupo *British Medical Journal* (BMJ), dedicou um número especial para um simpósio sobre MBE voltado ao exame das questões éticas e filosóficas subjacentes à teoria e à prática da MBE. Embora fosse amplamente reconhecido que as intervenções médicas e os serviços de saúde devem ser avaliados e selecionados com base na mais confiável evidência disponível de modo a garantir a eficácia e a eficiência (custos), também foram reconhecidas as numerosas críticas contra a MBE: os ERC, as revisões sistemáticas e meta-análises não são panaceias e não podem ser superestimado. Em que medida a MBE pode responder aos problemas políticos e de valor? Em que medida a MBE é um projeto isento de valores? Como os pontos de vista do/a paciente e da comunidade podem ser considerados nas tomadas de decisão? Em que medida a busca pela melhor evidência remete aos problemas éticos da pesquisa? (ASHCROFT; MEULEN, 2004).

Nessa mesma ocasião, Alessandro Liberati e Paolo Vineis, ambos epidemiologistas – o primeiro, fundador da *Cochrane Collaboration* da

Itália e integrante do Instituto Mario Negri de pesquisa farmacológica e biomédica, o segundo, pesquisador da ISI Foundation, do conglomerado financeiro CRT / UniCredit –, cumpriram o papel de advogados da BEM, argumentando que não é mais científica e eticamente admissível o predomínio do senso comum na clínica, e que a intuição e a experiência assistemática não são suficientes para embasar a tomada de decisão clínica, porque podem resultar em erros e danos para o/a paciente, além de maximizar os custos para os sistemas de saúde. Além disso, também argumentam que o debate em torno da MBE não deve mais focar nos princípios, mas deve se voltar para uma perspectiva mais pragmática: o que está em discussão não é se ou porque usar as evidências, mas como – e de acordo com quais regras – se deve usar e interpretar a evidência (LIBERATTI; VINEIS, 2004). Assim, eles invertem duplamente o sentido da argumentação ética e epistemológica apresentada pelos adversários da MBE: o problema ético não é posterior, mas é anterior à MBE, não decorre da MBE, mas justifica a MBE; a adoção das melhores evidências não deve ser um problema filosófico ou epistemológico, de princípios, mas deve ser um problema metodológico, funcional e operativo. Dessa forma, ao esvaziar o processo decisório do seu conteúdo valorativo, Alessandro Liberatti e Paolo Vinei evocam o tradicionalíssimo problema da separação entre fatos e valores no âmbito das práticas científicas modernas. Contudo, atualmente, com o avanço do *big business* sobre as ciências e as tecnologias, não soa razoável sustentar essa separação.

Considerações finais

É preciso estar alerta para alguns acontecimentos contemporâneos envolvendo a MBE. Muito recentemente, o seu universo foi abalado por um grande escândalo envolvendo uma das suas mais antigas “autoridades” científicas, Peter C. Gøtzsche, membro da *Cochrane Governing Board* e diretor do *Nordic Cochrane Center*, que foi expulso da *Cochrane* após processo administrativo, em votação unânime. O próprio Gøtzsche contestou a versão do *Board* argumentando que sua exclusão não foi um assunto pessoal, nem

foi motivada pelo seu comportamento, mas decorreu de problemas políticos de grande relevância, associados com a crise moral de governança da *Cochrane Collaboration*, envolvendo os interesses financeiros da indústria farmacêutica. Para ele, as razões ocultas da sua expulsão estavam associadas à estratégia clara de afastamento da *Cochrane* dos seus princípios e objetivos originais e do seu redirecionamento para uma abordagem voltada para os negócios e os lucros (DEMASI, 2018).

Se Peter Gøtzsche tem ou não tem razão nas suas denúncias, não sabemos com certeza. Contudo, o fato é que as corporações transnacionais estão cada vez mais envolvidas com a MBE, que se tornou um negócio altamente lucrativo, parte do mercado mundial de serviços de informação, que vale de dezenas a centenas de bilhões de dólares. Um modelo de *big business* na MBE está se desenvolvendo, se consolidando e se difundindo com a GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation Method*), uma imensa e impressionante organização internacional em rede que oferece no seu site uma enorme variedade de múltiplos recursos a distância para profissionais e administradores de sistemas de saúde.

Críticas incisivas contra o GRADE vêm de um lugar inesperado. Amiran Gafni e Mathew Mercury, da *McMaster University*, berço da MBE, publicaram uma trilogia sobre o GRADE, na qual criticam a ausência de uma justificativa teórica ou empírica para os critérios apresentados para determinar a qualidade da evidência e os componentes para determinar a força das recomendações incluídas no *framework*. Eles concluem, ironizando, que essa ausência faz do GRADE uma pregação baseada na fé, ao invés de lastreada em ensinamentos científicos (MERCURI; GAFNI, 2018).

Um exemplo elucidativo sobre as corporações vem da trajetória da *Thomson Healthcare*, até 2012 uma divisão da *Thomson Reuters Corporation*, uma das maiores multinacionais canadenses, com negócios nos ramos da mídia e da informação, nos campos legal, contábil, fiscal, tecnológico, científico, da saúde e das finanças. Naquele ano, a *Thomson Healthcare* foi vendida à *Veritas Capital* por

1.25 bilhões de dólares, nascendo a *Truven Health Analytics*, que foi revendida em 2016 para a *IBM Corporation* por 2,6 bilhões de dólares, passando a integrar a *IBM Watson Health Company*, proprietária de um dos maiores banco de dados em saúde do mundo, agregando informações de aproximadamente 300 milhões de pacientes. A *Truven Health* vende serviços de gestão de informações para a indústria da saúde, hospitais, seguradoras e agências governamentais, dentre outros. A *Micromedex*, uma das suas marcas, é um banco de dados *on-line*, integrado à plataforma de inteligência artificial *Watson IBM*, que oferece informações referenciadas baseadas em evidências sobre drogas, doenças, cuidados e terapias alternativas, para respaldar profissionais de saúde na tomada de decisão sobre diagnósticos clínicos e tratamentos. Pode ser disponibilizado em hospitais e sistemas de saúde, mas também pode ser acessado pelo seu portal *web* ou pelo seu aplicativo para telefone celular e tablet.

Outros aplicativos também oferecem informações e serviços de saúde *on-line* - baseados em evidências - de diferentes tipos para profissionais ou instituições de saúde. Quase sempre são propriedades de corporações privadas bilionárias, algumas atuando há bastante tempo no mercado editorial da área de saúde. Dentre os mais populares no Brasil, há o *Epocrates*, da *AthenaHealth Inc.*; o *Medscape*, da *WebMD Health Corp.*; o *DynaMed*, da *EBSCO Inc.*; o *Up-To-Date*, da *Wolters Kluwer NV*; e o *ClinicalKey*, da *RELEX plc*. No Brasil, o *UpToDate* muito popular entre profissionais e estudantes da área de saúde, também vem sendo largamente adotado por instituições da área. Promete trazer "novos desenvolvimentos das pesquisas médicas para o local de atendimento [*point-of-care*] [...] recurso de suporte a decisões médicas associado a melhores resultados" (WOLTERS KLUWER, 2020, p.42).

Em 2003, quando o uso desses aplicativos ainda era algo pouco comum, uma revisão especializada, depois de descrevê-lo sucintamente, registrou ao final que, embora fosse apresentado como baseado em evidências, o *UpToDate* não era estritamente baseado em evidências, porque os seus autores não realizavam revisões sistemáticas ou meta-análises dos tópicos e porque não divulgava

sua metodologia de buscas e recenseamento da literatura. Em suma, a metodologia do UpToDate não era aberta ao escrutínio de pares (GARRISON, 2003). Isso mudou com o passar do tempo? Suspeitamos que não, mas essa pergunta ainda aguarda uma resposta segura.

Uma das principais críticas dirigidas à medicina baseada em evidências na década de 1990 era de que suas premissas valorativas jamais seriam passíveis de serem submetidas ao escrutínio científico de acordo com seus próprios critérios de evidência, ou seja, que não seria possível realizar ERC, RS e metanálises para verificar a cientificidade das suas próprias premissas. Contemporaneamente, embora todos esses aplicativos e serviços de bancos de dados *on-line* se apresentem como baseados em evidência, ao que parece, isso não passa de uma retórica de marketing. Como reconheceram Alvin Feinstein e David Sackett, o discurso de autoridade, contra o qual a MBE foi concebida, vem se constituindo numa das suas principais e mais perigosas características na sua versão *big business* atual (FEINSTEIN; HORWITZ, 1997; SACKETT, 2000).

Referências

ASHCROFT, R.; MEULEN, R. Symposium on evidence based medicine. *Journal of Medical Ethics*, v. 30, n. 2, p. 119-, Apr. 2004.

CRAWLEY, L. Evidence-Based Medicine: A New Paradigm for the Patient. *JAMA*, v. 269, n. 10, p. 1253–1253, 1993.

DEMASI, M. Cochrane – A sinking ship? *BMJ-EBM Spotlight*, 27 jul. 2018. Disponível em: <https://blogs.bmj.com/bmjebmspotlight/2018/09/16/cochrane-a-sinking-ship/>. Acesso em: 19 maio 2019.

FEINSTEIN, A. R.; HORWITZ, R. I. Problems in the “Evidence” of “Evidence-Based Medicine”. *The American Journal of Medicine*, v. 103, n. 6, p. 529–535, 1997.

GARRISON, J. A. UpToDate. *Journal of the Medical Library Association*, v. 91, n. 1, p. 97, Jan. 2003.

GRAY, J. A. M. **Evidence-based healthcare**. Edinburgh; New York: Churchill Livingstone, 1997.

GREENHALGH, T.; WORRALL, J. G. From EBM to CSM: the evolution of context sensitive medicine. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 3, n. 2, p. 105–108, 1997.

GUYATT, G. *et al.* Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. **JAMA**, v. 268, n. 17, p. 2420–2425, 1992.

GUYATT, G. H. Editorial: Evidence-based medicine. **ACP Journal Club**, v. 114, n. 2, p. A16, 1991.

KUHN, T. S. The function of dogma in scientific research. In: CROMBIE, A. C. (Ed.). **Scientific Change**. London: Heinemann, 1963. p. 347–369.

KUHN, T. S. **The structure of scientific revolutions**. Chicago: University of Chicago Press, 1970.

LIBERATI, A.; VINEIS, P. Introduction to the symposium: what evidence based medicine is and what it is not. **Journal of Medical Ethics**, v. 30, n. 2, p. 120–121, Apr. 2004.

MERCURI, M.; GAFNI, A. The evolution of GRADE (part 3): A framework built on science or faith? **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 24, n. 5, p. 1223–1231, 2018.

MEULEN, R. H. J.; DICKENSON, D. L. Into the hidden world behind evidence-based medicine. **Health Care Analysis**, v. 10, n. 3, p. 231–241, 2002.

SACKETT, D. L. *et al.* Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **BMJ: British Medical Journal**, v. 312, n. 7023, p. 71–72, 1996.

SACKETT, D. L.; HAYNES, B. On the need for evidence-based medicine. **BMJ Evidence-Based Medicine**, v. 1, n. 1, p. 5–6, 1995.

SACKETT, D. L. *et al.* **Medicina baseada em evidências prática e ensino**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SACKETT, D. L. The sins of expertness and a proposal for redemption. **BMJ**: British Medical Journal, v. 320, n. 7244, p. 1283, 6 May 2000.

SNIDERMAN, A. D. Clinical trials, consensus conferences, and clinical practice. **The Lancet**, v. 354, n. 9175, p. 327–330, 24 Jul. 1999.

THE LANCET. Editorial: Evidence-based medicine, in its place. **The Lancet**, v. 346, n. 8978, p. 785, 23 Sep. 1995.

TONELLI, M. R. The philosophical limits of evidence-based medicine. **Academic Medicine**: Journal of the Association of American Medical Colleges, v. 73, n. 12, p. 1234–1240, 1998.

WOLTERS KLUWER. **UpToDate**: Suporte interativo às decisões clínicas. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/pt/home>. Acesso em: 23 jun. 2020.

Transgeneridade e nome social

*Helena Moraes Cortes
Antônio Kawakame Neto*

Introdução

As pessoas transgêneras (travestis, transexuais, mulheres trans, homens trans, trans não binários) se encontram dentro de um contexto de vulnerabilidade, isto é, fazem parte de um grupo social historicamente sujeito à constante discriminação pela sociedade (BAHIA; CANCELIER, 2017). O conceito de vulnerabilidade para a área da saúde reflete noções de justiça social e considera o contexto de vida dos sujeitos, exercendo influência sobre a maneira como os indivíduos agem e se enxergam socialmente, e a omissão do poder público em seu papel de proteção social perpetua ciclos de opressão, logo é necessário criar mecanismos para promover equidade social (CARMO; GUIZARDI, 2018).

O Brasil é signatário dos Princípios de Yogyakarta (2006, p. 13-14), uma legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero que estabelece o direito de reconhecimento de pessoas transgêneras em seu 3º princípio:

Toda pessoa tem o direito de ser reconhecida, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei. As pessoas de orientações sexuais e identidades de gênero diversas devem gozar de capacidade jurídica em todos os aspectos da vida. A orientação sexual e identidade de gênero autodefinidas por cada pessoa constituem parte essencial de sua personalidade e um dos aspectos mais básicos de sua autodeterminação, dignidade e liberdade. Nenhuma pessoa deverá ser forçada a se submeter a procedimentos médicos, inclusive cirurgia de mudança de sexo, esterilização ou terapia hormonal, como requisito para o reconhecimento legal de sua identidade de gênero.

No Brasil, um dos grandes entraves para concretização do reconhecimento da identidade das pessoas transgêneras é o princípio da imutabilidade do nome, no campo legislativo, levando o judiciário à decisão de recrudescer o nome social como política pública (ROVARIS CIDADE, 2016). A expressão nome social designa o nome pelo qual indivíduos transgêneros desejam ser chamados, já que o nome do registro civil não reflete sua identidade de gênero, na maior parte dos casos (ALVES; SILVA; MOREIRA, 2016). Em relação à incorporação do uso do nome social no setor da saúde, a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS já sinalizava um campo para preenchimento do nome social no cartão do SUS e assegurava uso do nome de preferência, além de vetar a identificação por formas discriminatórias (BRASIL, 2011). Contudo, a consolidação desse direito veio apenas com a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2013), a qual configura a falta de respeito ao nome escolhido como uma forma de violência à população transgênera (BRASIL, 2013).

Objetivou-se neste estudo, analisar o uso do nome social nos serviços de saúde em um município do Recôncavo da Bahia na perspectiva de pessoas transgêneras.

Método

Consiste em um estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, baseando-se em examinar o uso do nome social nos serviços de saúde por meio de relatos de pessoas transgêneras, em um município do Recôncavo da Bahia.

Empregou-se a técnica *snowball* ou “bola de neve”, para obter acesso às participantes. Segundo Zuchi *et al.* (2019), considera-se que ao se trabalhar com populações consideradas escondidas ou de difícil acesso, a amostragem no estilo bola de neve é amplamente usada, devido ao aumento da facilidade em encontrar indivíduos transgêneros. Utilizando-se esse método a partir de um indivíduo semente, cria-se uma rede de participantes. Primeiramente, partiu-se de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e foi requisitado que a coordenadora do serviço indicasse pessoas transgêneras que

pudessem participar. Obteve-se um quantitativo total de 44 indivíduos, dentre os quais apenas 14 aceitaram participar das entrevistas.

Os critérios para participação foram: autorreconhecimento da identidade transgênera, serem maiores de 21 anos e que residissem no município do Recôncavo da Bahia do estudo.

Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e diários de campo na coleta dos dados, a qual foi realizada de julho a agosto de 2018. Tendo como finalidade garantir o sigilo das participantes, foram adotados nomes fictícios.

Empregou-se a técnica de análise temática para apreciação dos dados, conforme as etapas descritas por Minayo (2001), prosseguindo-se com os seguintes passos: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Respeitaram-se os princípios éticos em cada etapa da pesquisa, de acordo com a Resolução 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (2018). O estudo faz parte de um recorte de um projeto maior denominado *Caracterização sociodemográfica de pessoas transgêneras moradoras de um município do Recôncavo da Bahia*, aprovado no Comitê de Ética e Pesquisas (CEP) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia sob o CAAE 88518718.0.0000.0056.

Resultados e discussão

O estudo teve um total de 14 participantes. Em sua caracterização sociodemográfica, a maioria identificava-se como negra, sendo que metade estava na faixa etária de 20 a 29 anos, e os/as demais entre 30 a 44 anos. O tipo de escolaridade predominante era ensino médio completo com 5 participantes nessa categoria, seguido de ensino médio incompleto com 4 indivíduos. Em relação ao gênero, 3 eram homens transgêneros, 4 mulheres transgêneras, 2 travestis e um não binário. No que se refere à orientação sexual, a maioria se considerava heterossexual. No tocante ao mercado de trabalho, metade dos/as participantes estava inserida no trabalho informal, 4 em trabalhos formais e 3 não trabalhavam. No que diz a respeito do uso de drogas, metade afirmou não utilizar e a outra fazia uso de drogas lícitas como

álcool e tabaco. Apenas uma entrevistada possuía plano de saúde privado. O tratamento hormonal com acompanhamento era realizado por 5 participantes e sem acompanhamento também por 5 indivíduos. Dos dados, emergiu a categoria empírica denominada: Nome Social, que foi subdividida nas seguintes subcategorias: 1.1 Saúde Mental, 1.2 Acessibilidade, 1.3 Serviços de Saúde, 1.4 Educação Permanente e 1.5 Retificação do nome.

Nome social

A adoção do nome social parece ter um significado simbólico na apropriação da identidade de gênero. Apesar de estar situado em um plano dos signos, o uso do nome social perpassa sua subjetividade até adquirir sua materialidade nas relações sociais. O ato de a pessoa transgênera adotar um prenome consoante com sua identidade de gênero também representa uma modificação na forma como ela percebe e se apropria do seu corpo. O nome social atravessa significados e atinge significantes que lança o indivíduo a uma metamorfose intrapessoal e interpessoal, além de estabelecer contornos à anarquia biopsicossocial do corpo em transformação (RONCON *et al.*, 2016).

O ato de nomear é atemporal, a linguagem é capaz de gerar materialidade e permeia as relações entre corpo e gênero, logo a modificação nominal configura-se como um ponto nevrálgico para apropriação da identidade de gênero, equiparando-se até mesmo às modificações corporais (RONCON *et al.*, 2018).

A seguir, são apresentadas as subcategorias empíricas.

Saúde mental

Os relatos de Iolanda e Vênus evidenciam o impacto do desrespeito ao nome social nos serviços de saúde sobre a saúde mental da população trans e sua potencialidade para conduzir a quadros de sofrimento psíquico.

É. E o caso que a gente fica constrangida. Porque quando você vai ser atendida num hospital, num posto de saúde [UBS], tem bastantes pessoas, quando você chega como uma mulher, todo mundo fica olhando quando chama: "fulano" [referindo-se ao nome civil não retificado de Lolanda], você está aquela mulher, cabelo, peito e tudo e te chamam pelo nome de homem? É por isso que a maioria das travestis fica em depressão (Lolanda).

Agora quando já houve vezes de eu precisar do SUS, o momento de nome... Isso causa na verdade certo medo, um desespero (Vênus).

Na pesquisa de Monteiro e Brigadeiro (2019), as entrevistadas foram unânimes ao relatar prejuízo no seu estado emocional, devido à não utilização do nome social no serviço de saúde. Além disso, é preciso se atentar ao fato de que a maioria das participantes do estudo eram mulheres transgêneras negras, conforme descrito anteriormente. O estudo de Nemoto e Iwamoto (2011) aponta que mulheres transgêneras têm os piores indicadores psicológicos da comunidade LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros), e que o racismo também atua como um agravante para a saúde mental da população transgênera feminina e negra.

Segundo Butler (2014), as repercussões positivas na saúde mental das pessoas transgêneras ao terem seu nome social respeitado materializam-se no espectro de suas relações sociais e do gênero inteligível. Assim, os corpos trans deixam de contradizer a regulação binária do gênero e da sexualidade, que busca suprimir qualquer subversidade que rompa com a sua hegemonia binarista.

Entende-se que qualquer pessoa que procure um serviço de saúde possivelmente já se encontra fragilizada, e a população transgênera enfrenta um desafio adicional: o de ter a sua identidade de gênero possivelmente negada. O nome social se configura como uma ferramenta capaz de reduzir o sofrimento psíquico, adequando-se a uma realidade binarista. Apesar disso, deixam-se de fora os indivíduos que vivem nas fronteiras do gênero, por exemplo, aqueles/as que não desejam ter seu nome ou corpo modificados, justamente porque na

verdade estaríamos apenas criando mecanismos para adequar esses indivíduos às normas de gênero, ao invés de realmente respeitar os desejos internos e a subjetividade das pessoas transgêneras.

Acessibilidade

A não utilização do nome social nos serviços de saúde relatada por Eros, Íris e Pandora evidencia como o desrespeito à identidade de gênero se torna uma barreira de acesso aos serviços de saúde.

Num atendimento no Hospital X, ele descreveu que foi abordado pela polícia porque ele pediu para a assistente social tratá-lo pelo nome social e ela chamou a polícia que o acusou de falsidade ideológica (Eros).

Tem muitas amigas minhas que não vão se consultar no médico, não vão no posto médico por causa disso, porque a maioria não as trata como uma mulher trans (Íris).

Aí eu peço pra botar entre parênteses meu nome social "Pandora", para me chamar, eles não botam, não chamam, sabe?! É por isso que muitas vezes eu evito de ir em um posto médico e no hospital, para não passar por esse constrangimento... (Pandora).

A discriminação por parte da equipe de saúde afeta a saúde integral da população e prejudica seu acesso aos serviços de saúde (SANTOS *et al.*, 2015). No estudo de Tagliamento e Paiva (2016), houve o relato de uma pessoa transgênera que deixou de procurar o serviço de saúde após um ato de desrespeito ao nome social, e só voltou a buscá-lo novamente no caso de uma emergência grave.

Na fala de Hipnos, observa-se também a concepção de que essa discriminação poderia ser driblada, através da utilização de serviços de saúde particulares: "Mas se for o lado particular eu acho que tem gente capacitada, até mesmo quando fala em dinheiro... Eles fazem coisas melhores do que o SUS, eles vão se interessar mais. Entendeu?" (Hipnos).

Isso corrobora o que Silva *et al.* (2017) afirmam, de que a população transgênera negligenciada e distante da atenção primária

à saúde (APS) acaba sendo levada ao sistema privado pela crença de que o plano de saúde pago cobre também o respeito profissional.

O desrespeito ao nome social tem um efeito cascata na relação do/a usuário/a com o serviço de saúde. Primeiramente, rompe-se o princípio de acolhimento com o descaso à identidade do/a usuário/a. Esse desacato fragiliza a relação com o serviço de saúde, contribuindo para o afastamento e prejuízo à acessibilidade. Por fim, o/a usuário/a acaba procurando alternativas como recorrer à rede privada ou então, mais grave ainda, busca o serviço apenas quando sua queixa se transforma em uma emergência, o que além de ser prejudicial ao indivíduo em si, também sobrecarrega o sistema de saúde, que tem capacidade limitada de cuidados intensivos.

Serviços de saúde

Analisando as falas de diversas entrevistadas, foi possível notar uma dicotomia entre o atendimento em nível ambulatorial e o atendimento na atenção primária em saúde (APS), havendo maior respeito do nome social na APS.

A última vez que eu fui no hospital, foi um problema que deu em mim, no rim. Foi um remédio que eu tomei e atacou o meu rim. Eu fiquei toda inchada e vim para cá [hospital X], e ainda assim me atenderam como homem. Eu dei meu cartão do SUS, que é com nome feminino [referindo-se ao nome social] e ele disse que não, o que prevalece é a identidade (Flora).

Desde a primeira vez que eu fui lá ao posto [UBS], eu sempre fui tratada bem, como mulher, eles perguntam primeiro o nome social e tudo, da gente... normal, como mulher mesmo (Íris).

No serviço do SUS do meu bairro, no bairro da minha mãe, que é o [bairro Y], é ótimo, de enfermeira a médico me tratam tudo super bem e, me chamam pelo meu nome social (Iolanda).

Romano (2008) evidencia como o preconceito sofrido por pessoas transgêneras ao buscar atendimento ambulatorial contribui

para o abandono de tratamentos médicos. Em contrapartida, a autora aponta a Estratégia de Saúde de Família como uma saída, para quebrar esse ressentimento da população transgênera em relação aos serviços de saúde, utilizando-se das visitas domiciliares, educação permanente para os/as profissionais de saúde e educação em saúde, havendo sucesso na aproximação da população transgênera da APS e fomento do respeito à diversidade na equipe de saúde da família e na comunidade.

Porém, na perspectiva de Pereira e Chazan (2019), para atingir a integralidade do acesso na APS para a população transgênera, necessita-se ampliar o debate sobre diversidade sexual e de gênero para espaços onde esse assunto ainda causa desconforto e também capacitar o/a médico/a da família para que ele/a reconheça uma gama de aspectos específicos da saúde da população transgênera, inclusive a hormonização.

Na fala dos/as participantes, percebe-se que os esforços das políticas públicas de proteção social e garantia dos direitos à população LGBT atingiram os serviços de saúde de forma desigual e estratificada, havendo maior resultado na atenção primária do que na ambulatorial. Este é um fato que revela uma demanda para maior investimento na educação permanente dos/as profissionais de saúde da Atenção Secundária e Terciária.

Educação Permanente

As falas de Artémis e Vênus apontam para uma necessidade de educação permanente para os/as profissionais de saúde em relação ao uso do nome social.

Poderia haver mais preparação para o cuidado com a população transgênera nos cursos de saúde. Ou então uma parceria entre a Secretaria de Saúde do município com a Universidade, havendo palestras sobre a utilização do nome social. Porque eu acho que o problema não é nem "eu não quero te tratar assim" é "às vezes eu não entendo". Porque chega para eles "a

partir de hoje vai estar na prancheta que vai ter que ter nome social". Mas por que aquele nome social? Será que aquele profissional entende a finalidade? (Vênus).

Agora é permitido que o trans ou homossexual, seja quem for, pode usar o nome social no título e no caderno de votação. Pode ser que esses profissionais que vão trabalhar agora nas eleições tenham muito preparo para isso, mas os profissionais da saúde não têm. E o poder público não tem o interesse de capacitá-los, a verdade é essa. A gente não vê esse interesse de capacitar os profissionais (Artêmis).

Para Silva *et al.* (2017), a solução para diminuir a discriminação a indivíduos transgêneros nos serviços de saúde engloba medidas curriculares e da educação permanente para os/as profissionais de saúde já formados/as, que visem abordar temas como a questão da identidade de gênero, a orientação sexual e o respeito ao direito do nome social. Esse entendimento vai ao encontro do que Cortes (2018) evidencia ao problematizar a necessidade da inclusão das temáticas de gênero e diversidade nos currículos de graduação dos cursos do campo da saúde. Na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), o laboratório humano de estudos, pesquisa e extensão transdisciplinares em integralidade do cuidado em saúde e nutrição, gêneros e sexualidade (LABTRANS) vem obtendo êxito na ampliação da discussão de gênero e diversidade na graduação, mas também vem atingindo um contexto político e social, pois busca igualmente alcançar a comunidade com atividades extensionistas (SANTIAGO-SILVA; DEMÉTRIO, 2017).

Deve-se analisar a efetivação da Política Nacional de Educação Permanente do SUS sobre temas relacionados à diversidade sexual, que acaba se restringindo a oferecer apenas módulos de Educação a Distância (DUARTE, 2014). Além disso, é preciso pensar em todos/as os/as profissionais que compõem um serviço de saúde, pois a discriminação e desrespeito ao nome social começam principalmente na recepção e portarias dos serviços que compõem a rede (RONCON *et al.*, 2018).

O contexto atual do atendimento à saúde da população LGBT requer o aprimoramento por duas vias. É imperativo incluir a temática nos currículos e ampliar sua discussão na graduação, mas também é preciso acessar os/as profissionais que não tiveram esse tipo de formação, através da educação permanente, que deverá ser feita de forma intermodal, seja por cursos à distância ou presenciais.

Retificação do nome

Não obstante, o diário de campo sobre Afrodite e a fala de Vênus, descritos a seguir, apontam para o nome social como uma lacuna até a retificação do nome civil, ou seja, uma providência temporária entre o corpo sexuado e o gênero, que só atingirá reconhecimento social definitivo com o registro do nome civil alterado.

Diz ela que ao invés de ajudar, pode confundir e até atrapalhar, pois quando apresenta a carteira de identidade, os serviços entram em choque de informações, por ainda não terem realizado a retificação do nome civil. Fala muitas vezes que o nome social é um problema e não é respeitado (Diário de Campo de Afrodite).

É igual a parte do nome, é complicado? É! Mas é o que eu digo: Gente, não adianta vocês botarem o nome social, é igual a parte cota [referindo-se às cotas sociais para negros e pessoas LGBT, por exemplo], vai segregar. Então, ou você muda no completo [referindo-se à retificação do nome civil] ou não vai adiantar (Vênus).

Já que o uso do nome social pode ser adotado por qualquer pessoa, ou seja, tem seu uso irrestrito, há um esvaziamento em seu sentido, transformando-o em um mero apelido (ALVES; SILVA; MOREIRA, 2016). No campo da saúde, isso se traduz em uma medida que dependerá da sensatez do/a profissional para ser respeitado/a, justamente porque as ações consolidadas na Política Nacional de Saúde Integral à População LGBT (2013) prescrevem ações descentralizadas e de âmbito institucional (SILVA *et al.*, 2017).

Na perspectiva de Bento (2008) e Butler (2014), o sentimento de Vênus, de que o nome social poderá gerar segregação, é compreensível.

Para essas autoras, vivemos em uma realidade autorizativa e de heteronormatividade compulsória, no qual os corpos transgêneros são jogados em um limbo identitário. Em atos como ir ao banco ou procurar um emprego, a sociedade espera que os documentos emitidos pelo Estado e as performances de gênero estejam em correspondência. Apesar de ser um avanço, o nome social não transpõe as barreiras de um sistema binarista, cuja identidade de gênero deve passar pela autorização de operadores/as do direito e da saúde, e para se obter reconhecimento social, cria-se uma cidadania deficitária, na qual a autonomia e os direitos humanos das pessoas transgêneras são suprimidos.

Bento (2014) faz uma metáfora para a aprovação de leis para pessoas em situação de vulnerabilidade. Para a autora, a votação de leis no Brasil é feita a conta-gotas, ou seja, o nome social representaria a tentativa de uma inclusão parcial das pessoas transgêneras, uma ação de normativas hegemônicas para incluir pessoas em situação de vulnerabilidade, mas ainda assim os deixam excluídos, assemelhando-se a leis que libertavam parcialmente os escravos até a aprovação da Lei Áurea e legislações restritivas até a conquista do sufrágio universal para o voto feminino. A autora constata que vivemos uma cidadania paradoxal, pois há reconhecimentos e micronormatizações da identidade de gênero, mas não há uma lei que resolva definitivamente a debilidade existencial das pessoas transgênero.

É essencial pensar na efetividade do nome social como política pública. Conforme apontado neste estudo, em diversos momentos o nome social falhou em sua busca por inclusão e integralidade na área da saúde. Mas seria impossível promover resolubilidade dessa questão apenas focando em medidas restritas à área da saúde, pois se trata de uma questão intersetorial, que requer medidas como educação permanente e mudanças nas grades curriculares dos cursos de saúde, revisão de princípios judiciários e legislativos em relação à identidade de gênero e o repensar de toda uma estrutura social, que ainda reproduz relações de poder capazes de controlar a identidade e os corpos destoantes de sua lógica heterossexual e cisgênera.

Considerações finais

Diante dos relatos das participantes, foi possível observar que o nome social pode falhar no seu objetivo de diminuição de constrangimentos em espaços públicos, principalmente nos serviços de saúde. Na perspectiva das pessoas transgêneras, as equipes de saúde, na maior parte das vezes, não reconhecem a transgeneridade como um importante determinante da saúde, e em diversas situações não respeitam o nome que elas escolheram.

O desrespeito ao nome social tem repercussões na saúde mental e no acesso aos serviços de saúde pelas pessoas trans, já que a angústia de ter sua identidade negada acaba as afastando dos hospitais e unidades básicas de saúde, por exemplo. Portanto, é possível levantar a demanda por educação permanente no que tange às normas prescritas na Política Nacional de Saúde Integral à População LGBT (2013) ou até mesmo questionar a efetividade do nome social, uma criação brasileira, para conseguir evitar situações de constrangimento e garantir os direitos humanos e civis da população transgênera. Também é importante ressaltar que nem sempre o indivíduo transgênero deseja retificar seu nome civil e mesmo fazer uso de nome social.

É um dever do SUS promover a universalidade, equidade e integralidade no atendimento aos seus usuários. Não obstante, o desrespeito ao nome social verificado neste trabalho contraria esses princípios doutrinários. A posição dos/as profissionais da saúde remete a um modelo biologista e patologizante da transgeneridade, contribuindo para exclusão social e uma sociedade binarista e autorizativa, que tenta controlar a identidade e os corpos transgêneros.

Referências

ALVES, C. E. R.; SILVA, G. F.; MOREIRA, M. I. C. A política pública do uso do nome social por travestis e transexuais nas escolas municipais de Belo Horizonte: uma pesquisa documental. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v. 11, n. 2, p. 325-340, dez. 2016. Disponível em: <https://bitly.com/L7i31Y>. Acesso em: 18 jun. 2020.

BAHIA, C. M.; CANCELIER, M. V. L. Nome social: direito da personalidade de um grupo vulnerável ou arremedo de cidadania? **Revista Húmus**, São Luís, v. 7, n. 19, p. 102-123, 2017. Disponível em: <https://bitly.com/IBNqrg>. Acesso em: 18 jun. 2020.

BENTO, B. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. **Contemporânea**, São Carlos, v. 4, n. 1, p. 165-182, 2014.

BENTO, B. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº. 580, de 22 de março de 2018**. Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. Brasília: MS, 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2019.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2014.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.3, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>. Acesso em: 18 jun. 2020.

CORTES, H. M. A transgeneridade feminina e os processos de mudanças corporais. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, RS, v. 8, n. 2, p. 1-2, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14345>. Acesso em: 18 jun. 2020.

DE CARVALHO PEREIRA, L. B.; CHAZAN, A. C. S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1795, 2019.

DE CARVALHO PEREIRA, L. B.; CHAZAN, A. C. S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1795, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1795>. Acesso em: 18 jun. 2020.

DUARTE, M. J. O. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. **Temporalis**, Brasília, DF, ano 14, n. 27, p. 77-98, jan./jun. 2014.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M.. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 1-11, 2019.

NEMOTO, T.; BÖDEKER B.; IWAMOTO M. Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 10, p. 1980-1988, 2011.

ROCON, P. C. *et al.* Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2517-2526, ago. 2016.

ROCON, P. C. *et al.* O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, SP, v. 22, n. 64, p. 43-53, mar. 2018.

ROMANO, V. F. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 211-219, 2008.

ROVARIS CIDADE, M. L. **Nomes (im)próprios**: registro civil, norma cisgênera e racionalidade do sistema jurídico. 2016. 199 f. Dissertação

(Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

SANTIAGO-SILVA, M. V. S.; DEMÉTRIO, F. A experiência de co-construção e desenvolvimento do LABTRANS no Centro de Ciências da Saúde da UFRB. In: SEMINÁRIO ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 5., Salvador, set. 2017. **Ancis...** Campina Grande, PB: Realize, 2017. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/revistas/enlacando/trabalhos/TRABALHO_EV072_MD3_SA29_ID889_17072017153226.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.

SANTOS, A. R. *et al.* Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 400-408, ago. 2015.

SILVA, L. K. M. *et al.* Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis**, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p.835-846, jul. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312017000300835&lng=en&nrm=iso. Acesso em 30/04/20. Acesso em: 18 jun. 2020.

TAGLIAMENTO, G.; PAIVA, V. Trans-specific health re: challenges in the context of new policies for transgender people. **Journal Of Homosexuality**, v. 63, n. 11, p. 1556-1572, 2016.

ZUCCHI, E. M. *et al.* Bem-estar psicológico entre travestis e mulheres transexuais no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2019.

Assombrada(mente): alucinações ou visões espirituais?

*Elizângela Silva Santos
Natália Oliveira dos Santos
Karoline Santos de Almeida
Helena Moraes Cortes
Paula Hayasi Pinho*

Introdução

De acordo com as concepções sobre a loucura, é possível encontrar variadas vertentes em torno de tal conceito, aliadas aos diversos campos de força em disputa, discursos e práticas nos diferentes momentos da história da humanidade. No século XVII, a doença era concebida como castigo divino, ordenada na geografia mental da época como uma planta, que tinha nos sintomas seus caules e galhos. A loucura era vista também como um fato natural, obra da razão divina, havendo uma mudança sobre essa concepção posteriormente, entre o século XVIII e o começo do XIX, aparecendo na esfera dos problemas públicos sob outros termos (PRADO, 2016).

Com a crescente e desejada docilização dos corpos¹, para assim se colocar em prática o novo modelo econômico e de sociedade, no cenário emergente do capitalismo industrial (FOUCAULT, 1987), o louco deve se dobrar ao psiquiatra que, em sua retidão e superioridade moral, é capaz de submeter a vontade perturbada e fazer a loucura ser absorvida pela razão (PRADO, 2016). Em função desse pensamento, entre fins do século XIX e princípio do XX, para além da institucionalização, os indivíduos eram classificados e tratados

¹ Para aprofundar o conceito, sugere-se o texto: FOUCAULT, M. Os corpos dóceis. In: FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Trad. Lígia M. Ponde Vassalo. Petrópolis: Vozes, 1987.

de acordo com a "nova gramática" das patologias mentais (PRADO, 2016).

Entretanto, a realidade é experimentada de forma subjetiva, variando de acordo com o significado dado pela pessoa que vivencia uma determinada experiência. Jung pondera que o mundo objetual é percebido de diferentes formas de acordo com as diversas culturas e sociedades, assim, um mesmo objeto é percebido em diferentes sistemas culturais por meio de interpretações particulares e completamente diversificadas (ARANHA, 2004).

Serbena e Ilkiu (2016) narram uma experiência vivenciada em Portugal no ano de 1917, a partir das alegadas aparições de Nossa Senhora de Fátima, que geraram comoção na população, quando um grande número de pessoas relatou ter visto e conversado com a santa. Esse fato não é questionado por quem vive a fé católica, ou seja, por quem faz parte dessa sociedade, entretanto, para quem não partilha dessa crença, a situação não é real, sendo considerada assim uma alucinação ou delírio.

A alucinação sobrevive na linha tênue entre o que é real e o que é irreal, e este termo foi cunhado pelo alienista francês J. D. E. Esquirol em 1838 (SERBENA; ILKIU, 2016), o que ajudou a consolidar a ideia de loucura como doença. Por volta do século XIX, teorias explicavam a alucinação como sendo resultado de uma excitação dos centros corticais, cogitando-se até a possibilidade de uma equivalência com uma "epilepsia" dos centros sensoriais. Popov sugere que as alucinações nascem de estados que denominou de "fase igualitária e paradoxal", pois estariam baseadas num processo de inibição parcial do córtex cerebral (ARANHA, 2004).

Já na área da psicologia, Carl G. Jung desenvolveu em sua teoria a concepção de que, na doença mental, o inconsciente começa a sobrepor-se à consciência, o que ocasiona o rompimento de barreiras de contenção do inconsciente. Portanto, as alucinações não nasceriam do consciente, mas sim de processos inconscientes, e seus fragmentos surgiriam dissociados na consciência assim como no sonho, o que levaria à constatação metafórica de que a loucura seria semelhante

a um sonhar acordado, ou que o sonho seria algo como uma “loucura dos lúcidos” (ARANHA, 2004).

A alucinação possui caráter patológico a partir do ponto que reduz as variedades do ser em relação com o mundo, pois em suas vivências, possui estrutura que se diferencia da percepção comum e só é entendida na sua essência se reconhecida como fenômeno repleto de sentido para o sujeito que a alucina (SERBENA; ILKIU, 2016).

Visando explorar a distinção e/ou aproximações existentes entre experiências espirituais e transtornos mentais, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V) criou uma categoria denominada “problemas religiosos e espirituais”, na qual estão incluídas “experiências de sofrimento que envolvam perda ou questionamento da fé, problemas associados a conversão a nova fé religiosa ou questionamento de valores espirituais que pode, não necessariamente, ter relação com alguma igreja ou instituição religiosa organizada” (APA, 2014).

Foi adotado então, segundo Martins e Zangari (2012), o termo Experiência Anômala (EA) para nomear experiências que são tidas como fora da realidade, incomuns, divergindo do estabelecido cientificamente ou do consenso cultural do que é real, sem que, obrigatoriamente, tenham alguma implicação psicopatológica. “Entre os exemplos estão experiências de ‘quase-morte’ (EQM), experiências ‘fora do corpo’, memórias de ‘vidas passadas’, experiências alucinatórias em geral, entre outras” (MARTINS; ZANGARI, 2012, p. 198). Segundo expõem Martins e Zangari (2012), os estudos sobre experiências anômalas têm se intensificado, especialmente no Brasil, em vista de que se tratam de experiências que por vezes podem proporcionar bem-estar psicológico para quem as vivencia.

O presente trabalho tem como objetivo realizar um levantamento da produção científica acerca da concepção sobre as visões espirituais e as alucinações patológicas. Busca-se apresentar o que as pesquisas demonstram de diferenças e aproximações entre alucinações de cunho patológico, as psicopatologias e as visões espirituais.

Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa. Sallum *et al.* (2012) descrevem esse tipo de estudo na perspectiva de se discutir um determinado assunto de forma ampla, sob um ponto de vista teórico ou contextual. Refere-se, basicamente, à construção de uma análise de literatura direcionada à publicação em livros, artigos de revistas impressas ou eletrônicas, considerando-se a análise crítica e a subjetividade de diversos autores.

Em termos de tipo de fonte de pesquisa, trabalhou-se com artigos científicos, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas bases de dados que a compõe: SciELO, Medline e PubMed, no Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsi) e também na Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil (BVS Psi). O levantamento dos artigos se deu entre os meses de novembro de 2018 e dezembro de 2018. Os critérios de inclusão foram artigos completos ou de fácil acesso em outras plataformas, publicados em português, inglês e espanhol, nos últimos 10 anos (2008-2018). Em relação às estratégias de busca, utilizou-se os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCs): alucinações AND espiritualidade, alucinações AND religião, alucinações AND psicopatologia, espiritualidade AND delírio, totalizando 19 artigos identificados e categorizados.

Em síntese, foram percorridos os seguintes passos para se obter uma análise satisfatória dos artigos: (a) leitura dos resumos dos artigos; (b) identificação das ideias principais; (c) categorização a partir dos temas centrais.

Resultados e discussão

Este estudo foi constituído por 19 artigos que apresentaram abordagens sobre visões espirituais e ou alucinações patológicas, a depender da perspectiva teórica de cada autor/a dos estudos elencados. Com base na leitura dos artigos, verificou-se que 6 (31,58%) compunham o eixo temático denominado "alucinações psicopatológicas". Neste eixo temático pode-se verificar a relação

entre o diagnóstico de esquizofrenia com os conceitos de alucinação e delírio, a esquizofrenia através da perspectiva teórica da Gestalt, a relação entre *insight* e a psicose, os contrapontos entre os manuais diagnósticos e a perspectiva da psicanálise, a relação e a diferença entre os conceitos de esquizofrenia e posse demoníaca, e o conceito da psicose atual através da lente psicossomática psicanalítica. Dentre os artigos analisados, 6 (31,58%) constituíram o eixo temático "Percepção sem estímulo externo", cujos estudos apresentam os seguintes temas centrais: alucinação como uma percepção em que não há objeto para perceber, alteração alucinógena da organização mental, os diferentes vieses que perpassam a alucinação, critérios para identificação de alucinações, alucinações que desenvolvem significado pessoal e indivíduos que apresentam experiências fora do corpo.

Em relação à espiritualidade/religiosidade, 7 (36,84%) artigos constituíam o eixo temático "experiências espirituais", abarcando os seguintes temas centrais: relação da religiosidade com o espectro esquizofrênico, relação da religião com falsas percepções, visão fenomenológica das experiências místicas, experiências anômalas em religiosos, relação da religião com alucinações vocais/auditivas, identificação com Cristo entre pacientes psiquiátricos e frequência de ocorrência de delírios religiosos (DR) e alucinações religiosas (AR) em desordem mental. A seguir apresentam-se os estudos elencados, conforme agrupados por eixos temáticos.

Alucinações psicopatológicas

Notou-se uma direta relação entre os conceitos de alucinação e delírio com o diagnóstico da esquizofrenia, e os diferentes tipos que compõem esse espectro, por serem classificados como sintomas positivos dessa patologia, abarcando também os outros transtornos psicóticos. Ferreira (2010) evidenciou um recorte relacionado a um desses tipos de diagnóstico, no caso, a esquizofrenia paranóide, diferenciando os sintomas característicos desse subtipo. Os delírios sistematizados são característicos da esquizofrenia paranoide, havendo histórias bem ricas e consistentes que mantêm ao longo

do tempo seu conteúdo, o que não seria tão comum no subtipo desorganizado (FERREIRA, 2010). A perspectiva que predomina o embasamento do conceito da esquizofrenia, majoritariamente está de acordo com os critérios estabelecidos pelo DSM-V e pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Alguns/Algumas autores/as fazem uma relação com os aspectos comuns e os divergentes, entre os critérios encontrados nesses manuais e algumas perspectivas teóricas, como no caso da psicanálise, da Gestalt e da psicossomática psicanalítica.

Abrangendo outros olhares em relação ao diagnóstico, pode-se transcender essa perspectiva mais técnica dos manuais, para visualizar o sujeito de outra forma. Apresenta-se como uma visão alternativa que busca compreender o sujeito por meio da ação conjunta da díade terapêutica, compreensão que consiste em verificar como a pessoa está num dado momento e o que ela poderá vir a ser (SANTOS FILHO; COSTA, 2016). Divergindo sobre os critérios apresentados nos manuais de classificação, como o da alucinação e do delírio, nota-se na perspectiva psicanalítica uma questão relevante, já que o inconsciente dos indivíduos ocupa um lugar central nessa teoria.

Questões como uma falsa crença na realidade, constituindo como pontos que categorizam os sintomas, não seriam tão óbvias de serem nosologicamente enquadradas. Sendo a organização da realidade mediada pelo simbólico e estruturada pela ambiguidade significativa, somos compelidos a assegurar que a relação da percepção com a realidade não pode ser tão ingênua como a definição proposta pelo DSM (PONTES; CALAZANS, 2017). Ao se propor pensar nas questões sobre a psicose, na perspectiva da psicossomática psicanalítica, ocorre a diferenciação do que se caracteriza como os sintomas somáticos e os sintomas psicóticos.

Todavia, busca-se trazer uma relação dos sintomas somáticos nos/as pacientes psicóticos. Joyce McDougall sustenta que, geralmente, "as somatizações associadas à psicose atual indicam uma reação inconsciente ao sofrimento emocional indizível, que deve ser entendida, em última análise, como uma espécie de tentativa de cura" (*apud* PERES; SANTOS, 2010, p. 105).

Ao se pensar na relação de *insight* e a diversidade que compõe o espectro da esquizofrenia, perceberam-se dados relevantes em torno dessa proposta. Segundo Lewis (1934, *apud* MELLA; DANTAS; BAZANTO, 2011), *insight* seria consciência, conhecimento e interpretações corretas diante de modificações mórbidas em si mesmo. Ao trazer um levantamento histórico que se revelou um posicionamento em torno da possibilidade de *insight*, em pacientes com transtornos mentais, desvelando-se o aprimoramento das pesquisas em torno dessa temática, buscou-se assim avançar nas discussões que por muitas vezes torna rígido o olhar sobre esses sujeitos e suas dimensões constitutivas.

Outro aspecto encontrado em dois dos artigos analisados foi a relação entre a psicopatologia e as questões espirituais e religiosas. No artigo intitulado *Schizophrenia or possession?*, de Irmak (2014), foi retratada a linha tênue dos sintomas positivos da esquizofrenia, com os casos tidos como possessões demoníacas, contemplando tanto as questões científicas dos manuais, quanto também os fundamentos e perspectivas religiosas em torno da experiência de ouvir vozes. Segundo Ferreira (2010), nos contextos místicos religiosos, a alucinação poderia ser entendida como a percepção de uma realidade outra a que só se pode ter acesso em estados de consciência alterados, proporcionados pela prática meditativa, por exemplo.

Percepção sem estímulo externo

Segundo o DSM-5, as alucinações podem ser entendidas como experiências que acontecem de alguma forma sem a interferência de estímulos do exterior. São percepções vívidas e claras, com toda a configuração das percepções ditas normais, não estando sob controle voluntário da pessoa que a experimenta. As alucinações podem estar diretamente relacionadas a qualquer forma sensorial, sendo que as auditivas e visuais são as mais comuns (APA, 2014).

Com a publicação do DSM-3, passou-se a se designar a alucinação como um "sintoma positivo", em que a pessoa que refere

à experiência de alucinação, vê, ouve ou sente coisas que pessoas em estados ditos normais não experienciam, por isso o termo “positivo”, como se referisse a um sinal, a um polo, imprimindo assim um cunho completamente patológico para as alucinações. Em contrapartida, o DSM-5 retrata que, em alguns contextos culturais, “alucinações podem ser elemento normal de experiências religiosas”, trazendo, assim, a visão de que elas nem sempre podem ser levadas pelo viés patológico (APA, 2014, p. 88).

Partindo do ponto de que as alucinações se tratam de manifestações negativas, de uma alteração da realidade e da normalidade, o termo “sintoma positivo” não seria cabível para descrevê-la. Por consequência disso é que, segundo Casarotti (2009), deu-se início a uma evolução ao fim do século XIX, quando foi desenvolvida uma nova semiologia, a qual poderia explicar de maneira mais exata sobre o que se tratam essas manifestações e qual seu significado, passando assim a se ter uma leitura menos superficial e mais aprofundada da estruturação psicopatológica.

Segundo Berrios (2011), existem alguns critérios para identificação sistemática de alucinações, porém, eles são muito complexos e, por conseguinte, a literatura ainda não os solucionou por completo. Casarotti (2009) expõe que a alucinação se trata de uma percepção na qual não há um objeto para perceber, em que a percepção não ocorre com a ausência de um objeto, mas sim, com a existência de um objeto falso, não real, sendo ela não verdadeira, mas sim uma falsificação da percepção, ocorrendo um fenômeno psíquico que é real, porém, essa realidade é apenas psíquica, sendo chamada pelo autor de alteração alucinógena da organização mental.

Algumas alucinações, no entanto, não possuem um cunho patológico. O DSM-5 apresenta que as alucinações que acontecem ao adormecer são chamadas de hipnagógicas, ou ao acordar, chamadas de hipnopômicas, ambas classificadas como experiências normais, do mesmo modo que indivíduos que apresentam experiências fora do corpo (EFC). Conforme

relatado por Parra e Gimenez-Amarilla (2016), nesses casos as pessoas são propensas a terem alucinações por consequência da dissociação de intensidade das imagens visuais e táteis, contudo, o autor expõe que essas experiências possuem uma ampla distribuição na população. Sendo assim, não se trata de um sintoma de desintegração mental, bem como, de acordo com o que apresenta o DSM-5, as alucinações podem ser entendidas como um elemento normal em experiências religiosas em determinados contextos culturais.

Experiências espirituais

Espiritualidade é um conceito maior que abrange o subconjunto da religiosidade, que por sua vez engloba outro subconjunto, a religião. De acordo com Freitas e Vilela (2017), a espiritualidade precisa ser entendida como um processo genérico e universal que movimenta o indivíduo em busca de um sentido existencial; já a religiosidade refere-se a um conceito multidimensional elaborado subjetivamente em busca de respostas a essa procura, enquanto a religião possui dimensões institucionais, baseando-se na tradição e constituída de dogmas e doutrinas, e esse seria o sistema responsável por agregar as respostas. Entender esse processo parece evitar a repetição de concepções equivocadas como a associação da espiritualidade a uma extensão saudável e a associação da religião a uma extensão patológica, que, segundo os artigos analisados neste estudo, foi frequente entre profissionais de saúde mental.

A dimensão espiritual sempre exerceu um papel importante na vida do indivíduo. Desde o princípio da civilização, o ser humano busca no sagrado respostas para questões humanas. Ao longo do tempo, houve o desenvolvimento de diversas formas de conexão com o sagrado, e as ditas experiências anômalas (EA) podem ser consideradas uma delas. Segundo Menezes Jr. *et al.* (2012) e Freitas e Vilela (2017), há nove critérios para a diferenciação entre as EA e as alucinações patológicas, a saber:

- a ausência de sofrimento;
- a ausência de prejuízos sociais;
- a duração periódica e breve;
- a criticidade sobre a realidade da experiência;
- a aceitação por um grupo cultural;
- a ausência de outras perturbações;
- a possibilidade de controle;
- a geração de um crescimento pessoal; e
- a orientação para os outros.

Dyga e Stupak (2018) destacaram como critério de diferenciação a possibilidade de dúvida no que se refere à fé, onde e quando é possível o questionamento acerca da experiência por parte de quem a vive, enquanto na ilusão, a falta de *insight* não permite essa dúvida.

Outro fator relatado nos artigos estudados como determinante para entender uma experiência mística religiosa é o contexto cultural no qual ela se desenrola. Autores como Clarke e Reed (2014) relataram a influência que o meio pode exercer sobre o indivíduo, principalmente se este for de grande relevância para quem o vivencia, podendo até mesmo alterar sua percepção sobre algumas situações. Menezes Jr. *et al.* (2012) realizaram um estudo com mulheres com um alto grau de escolaridade, boa remuneração, ocupação na sociedade e estando casadas ou em relação estável que faziam parte da religião espírita e vivenciavam com frequência experiências anômalias, com as quais lidavam de forma não prejudicial. Os autores fizeram um paralelo com pacientes em unidades ambulatoriais de saúde mental em que as condições são bem diferentes das apresentadas no primeiro cenário (contexto religioso espírita), o que fez emergir o questionamento sobre se a variância de contextos poderia ser um fator que orientaria não apenas o olhar da sociedade e até mesmo do/a profissional de saúde sobre os indivíduos, mas também como esse sujeito parece lidar e configurar as suas próprias experiências.

A influência positiva da religiosidade foi frequentemente retratada nos artigos analisados neste estudo, seja como estratégia de enfrentamento ou como fator importante na adesão a tratamentos.

Steenhuis *et al.* (2016) desenvolveram uma pesquisa com grupos de adolescentes para detectar a relação entre alucinações vocais auditivas e religiosidade. Percebeu-se que se a religião for vivenciada como fonte de conforto e esperança, esta pode se tornar uma medida de enfrentamento em resposta às alucinações, tornando-as menos estressantes. Da mesma forma, Gearing *et al.* (2011) evidenciaram que a religiosidade apresentou influência positiva na adesão ao tratamento medicamentoso em indivíduos com quadros de esquizofrenia. No entanto, os autores e autoras também destacaram que se essa relação com a religião for marcada por sentimentos de culpas e cobranças, a experiência pode se tornar uma batalha espiritual, ocasionando uma influência negativa e agravando o quadro psicopatológico e as ocorrências de alucinações, assim como também a forma de lidar com as EA vivenciadas.

Cook (2015) destacou como as experiências com conteúdo religioso são relativamente comuns entre as populações não clínicas, porém, não há um acordo sobre onde estariam as fronteiras que separam o que é ou não uma experiência espiritual. Freitas e Vilela (2017) destacaram que, embora a religião tenha se tornado um objeto de interpretação na ciência psicopatológica, esta não encontrou explicação científica – do ponto de vista da ciência ortodoxa – para as experiências religiosas, não sendo possível confirmá-las ou refutá-las. No livro *A mente assombrada*, de Oliver Sacks (2013), a figura do sagrado aparece relatada como uma divindade imaterial, não podendo ser vista, sentida ou tocada, e isso parece gerar o questionamento a respeito de como o divino se torna uma presença tão real para tantos grupos religiosos, que relatam o terem visto, sentido sua presença e até mesmo conversado com ele.

Considerações finais

O fenômeno de ter visões e ou ouvir vozes parece fazer parte da existência humana, e se de um lado há uma tendência à patologização,

por outro, são consideradas experiências humanas que não cabem nas “caixinhas” de discursos tecnicistas.

Diferentes perspectivas teóricas, sociais e culturais atravessam o fenômeno sobre ouvir vozes, alucinações, delírios e visões espirituais. A linha tênue que envolve aproximações e distanciamentos entre essas experiências vivenciais precisa servir como mola propulsora para as compreensões contextualizadas dessa dimensão humana.

Nesse entendimento contextualizado, destaca-se a necessidade de outros estudos que se ocupem da temática da espiritualidade envolvendo ou não a experiência de ouvir vozes no processo de saúde/doença mental dos sujeitos, especialmente daqueles que sofrem mentalmente.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARANHA, M. Etiologia das alucinações. **Ciênc. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 2, ano 1, jul. 2004.

BERRIOS, G. E. Alucinações táteis: aspectos conceituais e históricos. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 542-562, 2011.

CASAROTTI, H. La Alucinación: Déficit de Percepción I. **Vertex rev. argent. Psiquiatr**, Buenos Aires, v. 20, n. 85, p. 200-205, maio-jun. 2009.

COOK, C. C. H. Religious psychopathology: The prevalence of religious content of delusions and hallucinations in mental disorder. **International Journal of Social Psychiatry**, London, v. 61, n. 4, p. 404-425, 2015.

DYGA, K.; STUPAK, R. Ways of understanding of religious delusions associated with a change of identity on the example of identification with Jesus Christ. **Psychiatria polska**, Varsóvia, v. 52, n. 1, p. 69-80, 2018.

FERREIRA, W. A. A estrutura sintática e semântica dos delírios de perseguição e de referência na esquizofrenia paranóide: um estudo de caso. **Ciênc. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, ago. 2010.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Trad. Lígia M. Ponde Vassalo. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

FREITAS, M. H.; VILELA, P. R. Leitura Fenomenológica da religiosidade: implicações para o psicodiagnóstico e para a práxis clínica psicológica. **Rev. abordagem gestalt**, Goiânia, v. 23, n. 1, p. 95-107, abr. 2017.

GEARING, R. E. *et al.* Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: Implications for engagement and adherence. **Schizophr res**, s. l., v. 126, n. 1-3, p. 150-163, 2011.

IRMAK, M. K. Schizophrenia or possession?. **Journal of religion and health**, s. l., v. 53, n. 3, p. 773-777, 2014.

MARTINS, L. B.; ZANGARI, W. Relações entre experiências anômalas tipicamente contemporâneas, transtornos mentais e experiências espirituais. **Arch. Clin. Psychiatry**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 198-202, 2012.

MELLA, L. F. B.; DANTAS, C. R.; BANZATO, C. E. M. Insight na psicose: uma análise conceitual. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 135-140, 2011.

MENEZES, J. R. A.; ALMINHANA, L.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Perfil sociodemográfico e de experiências anômalas em indivíduos com vivências psicóticas e dissociativas em grupos religiosos. **Arch. Clin. Psychiatry (São Paulo)**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 203-207, 2012.

PARRA, A. E.; GIMENEZ-AMARILLA, P. Relación entre estrés laboral, alucinación y experiencias anômalas entre profesionales de enfermería. **Revista Ciencia y Cuidado**, San José de Cúcuta, v. 13, n. 2, p. 22-41, 2016.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. El concepto de psicosis actual en la psicossomática psicoanalítica de Joyce McDougall. **Rev. bras. psicanál.**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 99-108, 2010.

PONTES, S.; CALAZANS, R. Sobre alucinação e realidade: a psicose na CID-10, DSM-IV-TR e DSM-V e o contraponto psicanalítico. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 108-117, 2017.

PRADO, G. A. S. Revisitando a História da loucura: experiência trágica, exclusão, captura e tutela. **ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Campos dos Goytacazes, RJ, v. 6, n. 2, p. 223-238, 2016.

REED, P.; CLARKE, N. Effect of religious context on the content of visual hallucinations in individuals high in religiosity. **Psychiatry Research**, s. l., v. 215, n. 3, p. 594-598, 2014.

SACKS, O. **A mente assombrada**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

SALLUM, A. M. C.; GARCIA, D. M.; SANCHES, M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 150-154, 2012.

SANTOS FILHO, J. M.; COSTA, V. E. S. M. Encontrando um modo de ser esquizofrênico: arte e técnica na gestalt-terapia. **Rev. abordagem gestalt**, Goiânia, v. 22, n. 1, p. 27-36, 2016.

SERBENA, C. A.; ILKIU, F. M. Reflexão fenomenológica sobre a alucinação e seu sentido. **Rev. abordagem gestalt**, Goiânia, v. 22, n. 1, p. 21-26, 2016.

STEENHUIS, L. A. *et al.* Religiosity in young adolescents with auditory vocal hallucinations. **Psychiatry research**, s. l., v. 236, p. 158-164, 2016.

Ansiedade e depressão?! Mindfulness!

Myriam Raffaella Rabelo Criscuolo

Sandro Silveira Soares Sobrinho

Helena Moraes Cortes

Paula Hayasi Pinho

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), os transtornos mentais como a depressão e ansiedade, em nível global, são estimados em mais de 300 milhões de pessoas, o equivalente a 4,4% da população mundial. No Brasil, esse número atinge 5,8% da população brasileira (11.548.577 pessoas), e os distúrbios relacionados à ansiedade afetam 9,3% (18.657.943 pessoas) dos que vivem no Brasil.

Muitas vezes, a depressão e a ansiedade podem estar associadas. Segundo Sobero (2015), a depressão é uma condição psicológica prevalente, e diagnósticos clínicos como o transtorno depressivo maior estão relacionados à sobrecarga expressiva para o indivíduo e à sociedade, no que se refere à diminuição da qualidade de vida, menor produtividade, aumento das taxas de outras condições de saúde e incremento dos custos de cuidados com a saúde. Já a ansiedade, segundo Guimarães (2015), define-se como um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho.

Os antidepressivos costumam ser satisfatórios no tratamento agudo das depressões moderadas e graves. De fato, a literatura afirma que os antidepressivos melhoram os sintomas, contudo, não se apresentam evidências quanto à capacidade de proteger o/a paciente contra recaídas ou reincidências (CANMAT, 2012).

Durante as últimas décadas, o reconhecimento das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS) trouxe outras possibilidades para o tratamento do sofrimento psíquico. As PICS

são sistemas e recursos que visam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, baseadas numa visão ampliada do processo saúde-doença e na promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (TELESI JÚNIOR, 2016).

A meditação se caracteriza como uma PIC, pois se trata de uma prática milenar de autorregulação do corpo e da mente. As técnicas de meditação são diversas, e o *mindfulness* se caracteriza hoje como uma das mais estudadas no âmbito dos efeitos na saúde humana (VÁSQUEZ-DEXTRE, 2016).

Foi Kabat-Zinn, no final da década de 1970, que inseriu no contexto clínico de saúde a meditação, tendo criado um programa com duração de 8 a 10 semanas para aqueles que sofriam de dores crônicas. Esse programa foi intitulado *Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR* (em português: “Terapia para Redução do Estresse Baseada em *Mindfulness*”), e foi modelo para diversas adaptações feitas em pesquisas científicas (KABAT-ZINN, 1992).

O *mindfulness* pode ser entendido como a consciência que se manifesta quando se está atento a um propósito, estando no momento presente, sem julgamento e em contato com o que demonstra a experiência momento a momento (KABAT-ZINN, 2003).

Para Rizzuti (2017), o *mindfulness* consiste na capacidade humana de estimular a mente a pensar de forma clara e aberta. Para isso, o sujeito deve manter-se no momento presente, distanciando-se de crenças, pensamentos ou emoções. Dessa forma, desenvolve-se melhor o senso de equilíbrio emocional.

É evidente que a depressão e a ansiedade são distúrbios psíquicos de grande incidência e prevalência, fazendo com que a busca por tratamentos para essas condições seja significativa. Junto a isso, a emergência de novas concepções terapêuticas não farmacológicas tem crescido, fazendo com que as práticas como a meditação possam ser adotadas. No entanto, se faz necessário verificar a relação entre o uso dessa terapia e os resultados obtidos nos estudos que avaliaram essa relação.

Nesse contexto, emerge a seguinte questão de pesquisa: qual a produção científica sobre a utilização do *mindfulness* no tratamento da depressão e ansiedade?

Método

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Este tipo de revisão não estabelece uma metodologia rigorosa e replicável no que se refere à reprodução de dados, permitindo uma análise ampla da literatura (VOSGERAU; ROMANOWSK, 2014).

A busca foi realizada no Google Acadêmico, na Lillacs e no Pubmed, a partir das palavras-chave e booleanos, a saber: *mindfulness* AND *depression* AND *anxiety*, publicados no período entre 2008 a 2018.

Para delimitar a busca, foram critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra em meio eletrônico, redigidos em inglês, espanhol e português. Os critérios de exclusão foram: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências e publicações duplicadas. Para a análise dos artigos, realizou-se a leitura dos títulos, seguida da leitura dos resumos e posteriormente os textos completos foram confrontados com a literatura.

Resultados e discussão

Os resultados foram agrupados em três categorias temáticas, a saber: intervenções baseadas em *mindfulness*, *mindfulness* nos transtornos depressivos e *mindfulness* nos transtornos ansiosos.

Intervenções baseadas em *Mindfulness*

Há evidências robustas de que a prática regular de *mindfulness* ou atenção plena pode contribuir para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de diversas doenças e condições clínicas, fato que está associado ao aumento da qualidade de vida e do estado de saúde e à redução dos níveis prejudiciais de sintomas de estresse, de

ansiedade e de depressão (GOYAL *et al.*, 2014; KHOURY *et al.*, 2015; HILTON *et al.*, 2017).

Uma das formas de compreender o *mindfulness* é percebê-lo como a consciência que surge ao prestar atenção a um propósito, estando no momento presente, sem estabelecer julgamentos e em contato com o que revela a experiência momento a momento (KABAT-ZINN, 2003).

O objetivo do *mindfulness* é treinar a mente para que esteja sempre consciente do que se está realizando, sem deixá-la devanear no meio dos pensamentos. Ao ser treinada, a mente passa a reconhecer seus conteúdos de uma forma mais clara, o que auxilia o praticante a conviver melhor com as emoções (BARROS, 2013).

Geralmente, o exercício de *mindfulness* inicia-se com a prática de concentração, justamente porque a mente é habitada pelo fluxo incessante de pensamentos, emoções e julgamentos. Assim, o primeiro objetivo da prática da atenção é tornar a mente calma, e uma das formas de conseguir acalmá-la é treiná-la para ficar centrada em um único ponto, num modo contínuo. O estímulo selecionado normalmente chamado de "objeto" usado por excelência é a própria respiração (MAÑAS, 2009).

A manutenção da atenção e da consciência de forma intencional faz com que os/as praticantes desenvolvam estados de consciência refinados. Esses estados de consciência facilitam a observação de quais gatilhos mantêm os eventos mentais mal adaptativos, facilitando a possibilidade de que os/as praticantes aumentem os adaptativos e reduzam os mal adaptativos (BARROS, 2013).

Segundo Germer, Siegal e Fulton (2016), o *mindfulness* é o contrário do funcionamento do piloto automático, o oposto do devanear, é prestar atenção ao que é proeminente no momento presente. É uma habilidade em que a consciência atenta é experiencial e não verbal, que irá tornar-se mais consistente com a prática, permitindo ao indivíduo ser menos reativo quanto à maneira de se relacionar com as experiências.

Para Demarzo e Garcia-Campayo (2017), os programas estruturados de intervenção, profiláticos ou terapêuticos, baseados em

mindfulness são designados genericamente de Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (MBIs, do inglês *Mindfulness-Based Interventions*). Ainda para os autores, as MBIs podem ser vistas como intervenções psicossociais, nas quais as práticas de atenção plena são ensinadas de maneira estruturada e com conteúdos bem definidos.

Mindfulness e a depressão

A partir do MBSR, que é o programa terapêutico mais conhecido dessa terapia, surgiram vários outros protocolos e intervenções baseadas em *mindfulness* (MBIS) em populações clínicas diversificadas. No contexto dos transtornos depressivos, há o MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive-Therapy*), que combina uma abordagem da terapia cognitivo-comportamental ao *mindfulness* e foi desenvolvido por Segal, Williams e Teasdale (2002). O MBCT auxilia as pessoas com depressão recorrente na prevenção de um novo episódio depressivo, tanto que o Sistema Nacional de Saúde (*National Health Service*) do Reino Unido reconhece o MBCT como uma opção terapêutica para a prevenção de recaída em quadros de depressão maior recorrente (KUYKEN *et al.*, 2015).

O MBCT propõe que os/as participantes se tornem mais conscientes e se relacionem de forma diferente com seus sentimentos, pensamentos e sensações corporais. Também utiliza o modelo proposto de oito semanas, em que questiona primeiro o modo do “piloto automático” em que vivemos na sociedade atual, para então trabalhar as habilidades do *mindfulness* (CASTRO, 2014). Este programa promove a aceitação das variações de humor e sentimentos, incluindo os negativos, permitindo a criação de novas reações (SALES, 2013).

Existem evidências consistentes de que o *mindfulness*, em especial o programa MBCT, é considerado o padrão ouro na prevenção de recaída em quadros de depressão maior (unipolar) recorrente (três ou mais episódios prévios) (KUYKEN *et al.*, 2015; KUYKEN *et al.*, 2016).

Em uma metanálise que incluiu apenas estudos randomizados que comparavam a eficácia do programa MBCT para prevenção de recaídas em depressão recorrente (em remissão total ou parcial),

com pelo menos um tratamento ativo, incluindo o tratamento usual, observou-se que pacientes com maior gravidade dos sintomas depressivos residuais antes do início do tratamento tiveram maiores benefícios com o programa MBCT, em comparação com os outros tratamentos (KUYKEN *et al.*, 2016).

Schumer *et al.* (2018), em outra meta-análise, revelaram um efeito significativo de treinamento breve de *mindfulness* na redução da afetividade negativa, entendida como depressão ou ruminação de pensamentos, quando em comparação com grupos controle.

Em relação à depressão, os fatores desencadeantes são diversos: desequilíbrios químicos cerebrais, características de personalidade, vulnerabilidade genética e eventos situacionais e fatores estressores (SCHIMITID *et al.*, 2011).

Para redução de fatores estressores, Graser e Stangier (2018) afirmam que os efeitos benéficos do *mindfulness* provêm da autorregulação da atenção voltada para o momento presente, o que inclui a capacidade de manter a consciência sobre objetos e tarefas e aumento da consciência corporal.

Mindfulness e a ansiedade

Historicamente, a ansiedade foi um dos primeiros transtornos abordados com o programa MBSR. Jon Kabat-Zinn inicialmente descreveu a técnica de *mindfulness* para pacientes com dor crônica e, em seguida, os benefícios do programa para pacientes com transtornos de ansiedade com resultados promissores (MILLER; FLETCHER; KABAT-ZINN, 1995).

O efeito do *mindfulness* na ansiedade foi avaliado por meio de análises de ressonâncias magnéticas funcionais de quinze sujeitos saudáveis, sem nenhuma experiência prévia de meditação, que participaram de 4 dias de treinamento de meditação da atenção plena. O estado de ansiedade foi significativamente reduzido em todas as sessões nas quais os sujeitos meditaram, e o alívio da ansiedade relacionado à meditação foi associado à ativação do córtex cingulado anterior, córtex pré-frontal ventromedial e ínsula anterior (ZEIDAN *et*

al., 2014). Nesta mesma linha de raciocínio, outro estudo que avaliou o efeito do MBSR em pacientes com transtorno de ansiedade generalizada (TAG) apontou que é possível observar um aumento na conectividade funcional do córtex pré-frontal e da amígdala, o que está relacionado com a redução da ansiedade, sugerindo que a percepção da melhora de sintomas corrobora as mudanças que o *mindfulness* produz em áreas fronto-límbicas cruciais à regulação emocional (MENEZES *et al.*, 2014).

Ainda com relação à eficácia de *mindfulness* sobre a ansiedade, uma metanálise que é considerada a mais abrangente feita até o momento para os efeitos das MBIs mostrou que a atenção plena teve efeitos similares a outros tratamentos (cognitivo-comportamentais ou farmacológicos) em relação aos transtornos de ansiedade, à depressão ou ao estresse (KHOURY *et al.*, 2013).

Diversos estudos pesquisam a depressão associada à ansiedade, e nesse sentido, Song e Lindquist (2015), ao fazerem um estudo randomizado com estudantes de enfermagem na Coreia do Sul, observaram reduções significativas de depressão e ansiedade e, por consequência, o aumento da atenção plena nos/as estudantes submetidos ao programa MBSR que praticaram a meditação semanalmente por 2 horas, durante 8 semanas.

Os resultados de outro estudo, relacionado à eficácia dos programas de meditação de atenção plena para enfermeiros e estudantes de enfermagem, identificaram que a meditação da atenção plena tem um impacto positivo no estresse, ansiedade, depressão, síndrome de *burnout*, sensação de bem-estar e empatia (VAN DER RIET *et al.*, 2018).

Enfim, o *mindfulness* pode ser utilizado para aumentar a conscientização e dar uma resposta mais hábil aos processos mentais que influenciam no desenvolvimento de certas patologias, problemas emocionais ou comportamentais (MARTÍNEZ; PACHECO, 2012).

Considerações finais

É possível afirmar que o *mindfulness* se caracteriza como uma das intervenções não farmacológicas mais estudadas no âmbito da

prevenção e tratamento de diversas doenças e condições clínicas do indivíduo no mundo. Uma definição de *mindfulness* é estar alerta momento a momento, com o fim de treinar habilidades atencionais para identificar processos mentais que contribuem para o estresse emocional e o comportamento mal adaptado.

Conclui-se que, dentre as estratégias de enfrentamento, o *mindfulness* é particularmente efetivo para reduzir o estresse, ansiedade, depressão e outras emoções negativas, com a prática regular. A meditação baseada no *mindfulness* pode mudar o cérebro, fortalecendo áreas associadas à alegria e relaxamento e enfraquecendo as envolvidas em emoções negativas e estresse.

Alertamos que o *mindfulness* ou a atenção plena requer uma atitude pró-ativa do indivíduo, pois as evidências científicas demonstram haver uma grande influência sobre a saúde e o bem-estar. Porém, por ser uma prática, seu cultivo é um processo que se desenvolve e se aprofunda com o tempo e com disciplina, o que exige persistência e organização por parte dos praticantes.

Referências

BARROS, V. V. **Evidências de validade da escala de atenção e consciência plena (MAAS) e do questionário das facetas de *mindfulness* (FFMQ-BR) entre usuários de tabaco e população geral.** 2013. 130f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2013. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgpsicologia/files/2010/01/Vivian-Vargas-de-Barros.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2020.

CANADIAN NETWORK FOR MOOD AND ANXIETY TREATMENTS (CANMAT). **Treating depressive disorder: relapse and recurrence**, s. l., 2012. Disponível em: <http://www.canmat.org/cme-depression-relapse-and-recurrence.php>. Acesso em: 23 maio 2020.

CASTRO, F. S. **Atentando-se ao *mindfulness*: uma revisão sistemática para análise dos conceitos, fundamentos, aplicabilidade e efetividade da técnica no contexto da terapia cognitiva.** 2014. 170 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/17214>. Acesso em: 23 maio 2020.

DEMARZO, M.; GARCIA-CAMPAYO, J. *Mindfulness* aplicado à saúde. **PROFMET**, ciclo 12, v. 1, p. 125-64, 2017.

GERMER, K. C., SIEGEL, D. R. D.; FULTON, P. R. *Mindfulness e Psicoterapia*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GOYAL, M. *et al.* Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Intern Med**, s. l., v. 174, n. 3, p. 357-68, mar. 2014.

GRASER, J.; STRANGER, U. Compassion and Loving-Kindness Meditation: An Overview and Prospects for the Application in Clinical Samples. **Harv Rev Psychiatry**, Cambridge, v. 26, n. 4, p. 201-215, Jul./Aug. 2018.

HILTON, L. *et al.* Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. **Ann Behav Med**, s. l., v. 51, n. 2, p. 199-213, Apr. 2017.

KABAT-ZINN, J. *et al.* Effectiveness of a Meditation Based Stress Reduction Program in the Treatment of Anxiety Disorders. **Am J Psychiatry**, s. l., v. 149, n. 7, p. 936-43, Jul. 1992.

KABAT-ZINN, J. **Vivir con la plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad**. Barcelona: Kairós, 2003.

KHOURY, B. *et al.* Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. **Clin Psychol Rev**. s. l., v. 33, n. 6, p. 763-771, Aug. 2013.

KHOURY, B.; SHARMA, M.; RUSH, S. E.; FOURNIER, C. Mindfulness-Based Stress Reduction for Healthy Individuals: A Meta-Analysis. **J Psychosom Res.**, s. l., v. 78, n. 6, p. 519-28, Jun. 2015.

KUYKEN, W. *et al.* Effectiveness and costeffectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. **The Lancet**, London, v. 386, n. 9988, p. 63-73. Jul. 2015.

KUYKEN, W. *et al.* Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. **JAMA psychiatry**, s. l., v. 73, n. 6, p. 565-74, Jun. 2016.

MAÑAS, I. M. Mindfulness (Atención Plena): La meditación em psicología clínica. **Rev. Gaceta de Psicología**, s. l., v. 50, p. 13-29, 2009. Disponível em: <https://bityli.com/3JB1ol>. Acesso em: 25 maio 2020.

MARTÍNEZ, E.; PACHECO, M. El incremento de mindfulness con el ejercicio de la Psicoterapia. **Acción psicológica**, Madrid, v. 9, n. 2, p. 111-116, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.2.4109>. Acesso em: 25 maio 2020.

MENEZES, C. B.; KLAMT-CONCEIÇÃO, I.; MELO, W. V. *Mindfulness*. In: MELO, W. V. (Org.). **Estratégias Psicoterápicas e a Terceira Onda em Terapia Cognitiva**. Porto Alegre: Sinopsys, 2014. p. 209-234.

MILLER, J. J.; FLETCHER, K.; KABAT-ZINN, J. Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. **General hospital psychiatry**, s. l., v. 17, n. 3, p. 192-200, 1995.

RIZZUTI, M. S.; SIQUARA, G. M.; ABREU, N. S. Uso da Terapia Cognitiva baseada em *Mindfulness* na Prevenção de Recaída Para Pacientes Com Depressão: Revisão Sistemática. **RPDS**, Salvador, v. 6, n. 1, p. 27-36, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v6i1.1044>. Acesso em: 25 maio 2020.

SALES, D. C. S. Reabilitação neurológica e neuroplasticidade. **Neurociências em debate**, São Paulo, jan. 2013. Disponível em: <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/?p=1053>.

SCHIMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZILE, M. H. P. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 487-93, 2011.

SCHUMER, M. C.; LINDSAY, E. K.; CRESWELL, D. Brief mindfulness training for negative affectivity: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, DC, v. 86, n. 7, 569, 2018.

SEGAL, Z. V.; WILLIAMS, J. M. G.; TEASDALE, J. D. **Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse**. New York: Guilford Press, 2002.

SONG, Y.; LINDQUIST, R. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. **Nurse Education Today**, s. l., v. 35, n. 1, p. 86-90, Jan. 2015.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, jan.-abr. 2016.

VAN DER RIET, P.; LEVETT-JONES, T.; AQUINO-RUSSELL, C. The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. **Nurse Education Today**, s. l., v. 65, p. 201-211, Jun. 2018.

VOSGERAU, D. S. R.; ROMANOWSKI, J. P. (2014). Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, jan.-abr. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders**. Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <https://bityli.com/i8m9pc>. Acesso em: 25 maio 2020.

ZEIDAN, F. *et al.* Neural correlates of mindfulness meditation-related anxiety relief. **Soc Cogn Affect Neurosci**, Oxford, v. 9, n. 6, p. 751-9, Jun. 2014.

Libras na formação médica na Bahia

Anderson Rafael Siqueira Nascimento

Isabella Nader Reis

Maurício Santos de Assis

Wemíria de Fátima Lima Lopes

Introdução

Os processos comunicativos contribuem para que indivíduos troquem e compartilhem experiências entre si. Essa comunicação pode se dar de diferentes formas. No campo da saúde, destaca-se a comunicação verbal, que inclui a escrita e a oralização, aspectos comuns das línguas de modalidade oral-auditiva. Contudo, essas estratégias não são universais, pois alguns grupos específicos utilizam outras formas de comunicação, ainda que verbais, mas de modalidade viso-espacial. É o caso das pessoas surdas brasileiras, que têm como língua natural a Língua Brasileira de Sinais (Libras) para desenvolver a comunicação.

Segundo o Decreto Lei nº. 5.626/2005, "considera-se pessoa surda aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da LIBRAS" (BRASIL, 2005). No Brasil, existem cerca de 9,7 milhões de pessoas com algum tipo de perda auditiva, o que representa 5,1% da população. Desse total, 334.206 não conseguem ouvir de modo algum, 1.798.967 têm grande dificuldade auditiva e 7.574.145 apresentam alguma dificuldade auditiva (BRASIL, 2010). Os surdos constituem uma comunidade expressiva, cujas necessidades de saúde devem ser atendidas levando em consideração suas especificidades, inclusive em relação aos processos comunicativos. Partindo da prerrogativa de que saúde é um direito de todos, conforme a Constituição de 1988, a pessoa surda também deve ser assistida de forma integral, respeitando suas crenças, seus valores e, sobretudo, suas diferenças.

A falta de um processo comunicativo fluido entre profissional de saúde e o/a usuário/a do serviço reduz o alcance das ações de saúde, isto porque a comunicação é um processo de interação no qual se compartilham mensagens, ideias, sentimentos e emoções fundamentais para que se compreenda o contexto clínico no qual a pessoa usuária do serviço está inserida.

Somente a partir de uma boa comunicação estabelecida será possível identificar e resolver as necessidades das pessoas usuárias do serviço de forma humanizada e integral (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Embora o direito à saúde seja um bem fundamental, para as pessoas surdas esse direito parece não estar sendo resguardado. E em nosso sistema de saúde existem dificuldades de comunicação entre pessoas surdas e profissionais da saúde. Tal bloqueio comunicativo instaura-se como um dos grandes obstáculos para esses sujeitos quando procuram os serviços de saúde (SANTOS; SHIRATORI, 2004).

A língua de sinais é reconhecida enquanto língua pela linguística, que lhe atribui o conceito de língua natural ou como um sistema linguístico legítimo e não a considera como problema da pessoa surda ou como patologia da linguagem (QUADROS; KANOPP, 2004). A linguagem é um instrumento de poder e às pessoas surdas não pode ser negado o direito de usufruir os benefícios de uma língua, portanto, aceitar a diferença e conviver com a diversidade humana é um desafio proposto à sociedade, incluindo o adequado atendimento na área da saúde para as pessoas surdas. Uma proposta de atendimento inclusivo na área da saúde envolve um sistema que se identifique com os princípios humanistas e cujos/as profissionais tenham um perfil que seja compatível com esses princípios (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005). Nesse bojo, percebe-se a necessidade de a equipe de saúde se familiarizar com a Libras, a fim de que se estabeleça um processo comunicativo eficaz com os/as eventuais usuários/as surdos/as do serviço de saúde.

Os/as profissionais da saúde necessitam ter acesso à Libras, assim como conhecer as particularidades socioculturais da comunidade surda para um melhor cuidado (PIRES; ALMEIDA, 2016).

Estudantes da área de saúde que não conhecem a discussão ampliada sobre a perspectiva socioantropológica da surdez, bem como não têm acesso à Libras durante a sua formação tornam-se profissionais de saúde com dificuldades em interagir e compreender a pessoa surda.

Uma formação em saúde balizada na integralidade do cuidado, preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), deve fornecer aos/às graduandos/as o acesso a discussões ampliadas da concepção de pessoa surda/surdez, bem como o contato com a Língua Brasileira de Sinais, visto que através destas pode-se evitar o bloqueio de comunicação entre pessoas surdas e profissionais, impactando, assim, no aumento da procura de serviços de saúde pela comunidade surda e na melhoria na qualidade do atendimento em saúde ofertado. Assim, este trabalho propõe analisar a oferta de Libras na matriz curricular dos cursos de Medicina das universidades públicas da Bahia, a fim de compreender os enfoques adotados pelas ementas, que irão instrumentalizar o/a futuro/a profissional de saúde médico na atenção à pessoa surda.

Método

Trata-se de um estudo de corte transversal de natureza quantitativa descritiva. A epidemiologia descritiva, além de descrever um fenômeno, possibilita também o surgimento de novos conceitos acerca dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, sendo um meio de evidenciar os problemas de saúde-doença no nível coletivo (ROUQUAYROL, 1999).

Foram incluídos neste estudo todas as universidades públicas presentes no estado da Bahia, tanto federais quanto estaduais. A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2018. Inicialmente, foi levantado quais universidades ofertam os cursos de Medicina, em seguida, verificou-se a matriz curricular dos cursos, buscando encontrar componentes curriculares que verssem sobre a Língua Brasileira de Sinais e suas respectivas ementas. Para ter acesso a esses documentos, verificaram-se as páginas eletrônicas dos respectivos cursos, os colegiados também foram contactados

via e-mail, por meio do qual indagou-se acerca da existência de componentes curriculares que versem sobre a Libras ou que discutam os aspectos da saúde voltada para a pessoa surda, tanto em caráter obrigatório quanto optativo, e nos casos positivos, as respectivas ementas foram solicitadas.

Resultados e discussão

O estado da Bahia apresenta 9 instituições públicas de ensino superior que contam com o curso de Medicina. Destas, 4 são estaduais e 5 são federais, e juntas ofertam 644 vagas para formação de médicos/as, conforme se verifica na Tabela 01.

Em todo o território nacional está regulamentado, por meio do Decreto nº. 5.626 de 2005, o ensino obrigatório da Libras nos cursos de graduação na modalidade licenciatura e também no curso de fonoaudiologia (BRASIL, 2005). Essa obrigatoriedade não é estendida aos demais cursos superiores, contudo, o decreto prevê apoio à capacitação e formação em Libras dos/as profissionais que atuam no SUS no intuito de que a comunicação entre profissional e surdo se dê prioritariamente por meio da língua natural do surdo, a Libras.

Tabela 1: Número de vagas ofertadas anualmente nos cursos de Medicina em universidades públicas da Bahia, 2018.

	N	%
Universidade Federal da Bahia (UFBA)	164	25,5
Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)	120	18,6
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)	80	12,4
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)	60	9,3
Universidade do Estado da Bahia (UNEB)	60	9,3
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)	50	7,8
Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)	40	6,2
Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB)	40	6,2
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)	30	4,7
TOTAL	644	100

Fonte: Páginas eletrônicas e colegiados dos respectivos cursos (2020).

Neste sentido, nenhuma das Universidades analisadas oferta de forma obrigatória um componente específico que verse exclusivamente sobre a Libras ou sobre a pessoa surda, mas todas disponibilizam aos/as estudantes componentes curriculares de natureza optativa (Quadro 1), nos quais a carga horária média é de 49 horas.

Quadro 1: Informação de ementas dos componentes curriculares que versam sobre Libras ou a pessoa surda, por Universidade analisada.

UNIVERSIDADE, COMPONENTE E CARGA HORÁRIA	EMENTA DO COMPONENTE
UFBA LET46 (34h)	Breve estudo sobre as características biológicas, socioculturais e linguísticas do surdo. Breve estudo sobre o desenvolvimento linguístico do surdo, de sua inserção na sociedade e dos aspectos educacionais envolvidos em sua formação. Práticas das estruturas elementares de Libras.
UNIVASF LIBRAS (60h)	As políticas de inclusão e exclusão sociais e educacionais. Filosofias educacionais na educação de surdos. Aspectos históricos e culturais, linguísticos, educacionais e sociais da surdez. Vocabulário em língua de sinais brasileira. A mediação do conhecimento através do intérprete de língua de sinais. O papel do intérprete de língua de sinais na sala de aula. A definição do que representa o intérprete-pedagógico na educação de surdos. O processo de ensino-aprendizagem da pessoa com surdez.
UFOB*	-
UFSB LIBRAS (60h)	Introdução aos aspectos históricos e conceituais da cultura surda e filosofia do bilinguismo. Processos cognitivos e linguísticos. O cérebro e a língua de sinais. Apresentar o ouvinte a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) e a modalidade diferenciada para comunicação (gestual-visual). Ampliação de habilidades expressivas e receptivas em Libras. Vivência comunicativa nos aspectos socioeducacionais do indivíduo surdo. Conceito de surdez, deficiência auditiva (DA), surdo-mudo, mitos, SignWriting (escrita de sinais). Legislação específica. Prática em Libras - vocabulário.
UFRB GCCS682 (34h)	Noções básicas de Libras com vistas a uma comunicação funcional entre ouvintes e surdos no âmbito escolar no ensino de língua e literaturas da língua portuguesa.

UEFS LET808 (45h)	A Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS): conceito e parâmetros. Descrição visual e espaço de sinalização linguística e topográfica na Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). Apresentação de vocabulário básico para o entendimento das estruturas e regularidades na Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS).
UESC*	-
UESB DCHL0808 (60h)	História da educação dos surdos e da língua de sinais. Legislação da Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS. Estudos da LIBRAS: fonologia, morfologia, sintaxe, semântica e pragmática. Aplicação do léxico do nível básico da Libras. Práticas dialógicas em Libras aplicadas à área da saúde.
UNEB*	-

Fonte: Páginas eletrônicas e colegiados dos respectivos cursos (2020).

*Não conseguimos retorno da universidade.

A oferta da Libras, mesmo que de forma optativa, é um avanço na formação acadêmica dos/as futuros/as profissionais da saúde. O contato com a língua natural dos surdos instiga os/as profissionais ouvintes a aprofundar seus conhecimentos acerca da comunicação por meio da Libras e os aproxima do contexto social no qual a pessoa surda está inserida. Porém, observa-se a necessidade de que tais componentes sejam vinculados aos departamentos ou centros aos quais os cursos de Medicina estão estabelecidos, esperando-se, com isso, que o conteúdo programático contemple discussões contextualizadas na área da saúde. Diante disso, constatou-se que os conteúdos das ementas versam essencialmente sobre três eixos temáticos, isto é, I. aspectos socioculturais da pessoa surda; II. aspectos socioeducacionais da pessoa surda; III. Libras, legislação e saúde.

Aspectos socioculturais

Os aspectos sociais e culturais relacionados à pessoa surda estavam presentes nas discussões de três universidades, ao passo que os aspectos relacionados à inserção da pessoa surda na sociedade estavam presentes em duas delas. A perspectiva socioantropológica apresentada por Bisol e Sperb (2010) caracteriza a surdez como

uma diferença e não como uma deficiência. Ou seja, a comunidade surda não seria marcada por uma perda, mas sim por uma diferença fisiológica que provoca alterações linguísticas e culturais, distintas daquelas presentes nos ouvintes. É importante que se discuta nos itinerários formativos dos/as futuros/as profissionais da saúde a relação existente entre pessoa surda e ouvinte, de maneira a provocar reflexões e esclarecimentos acerca do que é ser pessoa surda em uma sociedade majoritariamente ouvinte.

Na prática clínica, devem-se evitar alterações forçadas no comportamento das pessoas surdas, e a oralização não deve ser tratada de forma compulsória, o que não significa prejuízo para a comunicação tendo em vista a existência da Libras, cujo uso deve ser disseminado tanto entre a comunidade surda quanto entre os ouvintes. Já que a língua de sinais é uma manifestação natural das pessoas surdas, é a forma com que estabelecem seus processos comunicativos, a Libras é uma língua assim como é a língua inglesa, a francesa e a portuguesa.

Nesse sentido, a inserção da pessoa surda na sociedade não deve ser balizada por processos corretivos considerando a surdez um problema, mas sim por processos adaptativos enxergando a surdez como uma diferença a ser respeitada, assim como já se prega para os brancos, negros, amarelos e demais grupos étnicos que compõem a sociedade. O que se percebe atualmente é que o discurso médico em relação à surdez evoca uma perspectiva de anormalidade fisiológica, o que acaba estigmatizando a pessoa surda como incapaz e abrindo espaço para a exclusão social. Entender a surdez como diferença proporciona um cuidado à saúde da pessoa surda mais humanizado e condizente com a realidade na qual ela está inserida.

Aspectos socioeducacionais

Em todas as ementas (Quadro 1) havia propostas de ensino da Libras aos/as estudantes, e destas, metade discute nos componentes o processo de educação da pessoa surda. A difusão da língua de sinais entre pessoas surdas e para além da comunidade surda é fundamental para que se criem condições propícias para o uso rotineiro da Libras

na dinâmica de interação entre pessoa surda e o ouvinte, inclusive no contexto dos serviços de saúde.

O acesso desses/as futuros/as médicos/as à Libras, mesmo que reservado aos seus conceitos introdutórios, aproxima tais estudantes da pessoa surda. Independentemente de os/as acadêmicos/as terminarem a disciplina curricular com plena fluência na língua de sinais, estes/as têm a possibilidade de aprofundar a experiência vivenciada no componente em outros espaços de aprendizagem como nos estudos individuais ou na própria comunidade em que vive, interagindo com outros indivíduos que também conheçam a Libras.

Legislação e saúde

Duas universidades se propuseram a debater com os/as estudantes aspectos da legislação que versa sobre a Libras e apenas uma universidade propôs um debate direto acerca do uso da Libras na área da saúde. Dar ciência ao/à estudante acerca da normativa que contém seus deveres para com a pessoa surda, ao passo em que se apresentam os direitos das pessoas surdas, direciona a uma conduta profissional de qualidade durante a prestação da assistência à saúde.

Ressalta-se nas ementas a pouca associação direta entre uso da Libras nos contextos de saúde. Apresentar a Libras como forma comunicativa estava presente em todas elas, porém, discutir sua aplicação nos contextos dos serviços de saúde também é relevante para que se percebam as dificuldades na atenção à saúde da pessoa surda e para que se tenha um serviço mais humanizado. Apesar disso, essa proposta só estava presente em um componente analisado, o que talvez seja explicado pela natureza optativa desses componentes curriculares, que são ofertados por departamentos ou centros distintos daqueles vinculados aos cursos de Medicina, como é o caso da UEFS, que tem o componente de Libras vinculado ao departamento de Letras e Artes, cujo enfoque é dado mais aos processos educacionais e comunicativos em detrimento da saúde propriamente dita.

Um/a profissional de saúde que domine a Libras tem maior facilidade comunicativa com um/a usuário/a do serviço de saúde

surdo/a, o que possibilita de fato um olhar integral ao indivíduo e uma interação profissional-paciente mais atenta aos fatores condicionantes e determinantes de saúde que perpassam pelo indivíduo. Além disto, facilita a atuação do/a profissional por se fazer ser compreendido pela pessoa surda e por manter uma comunicação direta com o/a usuário/a. Na ausência da Libras, esse atendimento provavelmente seria intermediado por algum familiar da pessoa surda ou um intérprete funcionário do serviço, que teria que se fazer presente durante o atendimento, reduzindo a privacidade e autonomia do/a usuário/a surdo/a. Nesse sentido, em situações assim, podem ocorrer a quebra do sigilo médico/a-paciente e/ou falha na interpretação durante a comunicação, impactando sobre o encontro clínico.

Espaços de saúde

Uma parcela significativa da população sustenta a lógica, balizada pelo modelo clínico-terapêutico biomédico, de que a surdez é uma deficiência e por isso deve-se buscar a reabilitação e, conseqüentemente, a sua cura. Muitos ouvintes não enxergam que a condição que permeia o indivíduo surdo é a noção de diferença e não de deficiência, sendo, portanto, neste contexto que a pessoa surda encontra dificuldades em ser assistido nos serviços de saúde, como apontam os estudos.

Segundo o estudo de Neves, Felipe e Nunes (2016), que analisou o atendimento aos surdos nos serviços de saúde, três dos nove entrevistados relataram episódio único de atendimento por profissional da saúde que utilizava Libras. Os outros, além de nunca terem presenciado esse fato, não esperavam atendimento qualificado ao procurar os serviços de saúde.

Pires e Almeida (2016), em sua investigação da percepção do/a surdo/a sobre o atendimento nos serviços de saúde, concluíram que a pessoa surda não encontra oportunidade de se expressar e nem de expor as suas dúvidas na consulta, mantendo a carga do/a acompanhante a responsabilidade de explicar ao/à profissional médico/a as queixas de saúde que este/a apresenta, sendo também a pessoa quem recebe as orientações.

A má interação, como afirmam Barbosa *et al.* (2003), é claramente percebida quando as pessoas surdas procuram atendimento à saúde e, muitas vezes, com dificuldades conseguem apenas descrever seus sintomas, caracterizados então como objeto da prática clínica. Estudos realizados nos Estados Unidos revelaram que os/as pacientes surdos/as preferem ser atendidos por médicos/as que conhecem e dominam a língua de sinais ou por médicos/as que também são surdos/as (STEINBERG *et al.*, 2006). Este cenário não é diferente no Brasil e, conseqüentemente, precisa ser repensado com políticas de saúde a serem adotadas.

Considerações finais

Na busca por adequar-se às necessidades de saúde da população surda, notou-se que os cursos de Medicina acompanhados por este estudo realizam um movimento, ainda que contido, no sentido de construir e favorecer a capacitação dos/as futuros/as médicos/as para um melhor atendimento da pessoa surda. Constatou-se que a Libras em nenhuma matriz curricular era ofertada como componente curricular obrigatório e algumas eram oferecidas por departamentos distintos à área da saúde. Assim, cursar ou não o componente torna-se uma decisão do/a estudante. Entende-se que tais fatores possam ser limitantes para a difusão da Libras enquanto habilidade técnica e humanística necessária aos/às futuros/as médicos/as para o atendimento do surdo. Contudo, frisa-se que essas optativas ofertadas por colegiados de cursos alheios ao de medicina podem ser acessadas pelos/as discentes a partir do interesse pessoal de cada um.

Para uma atenção à saúde de qualidade e mais humanizada à pessoa surda, é imprescindível que os itinerários formativos dos/as profissionais de saúde incluam em suas discussões a Língua Brasileira de Sinais. O compromisso em disseminar o uso da Libras na sociedade não deve ficar restrito às universidades; os/as gestores/as dos serviços de saúde também devem assumir o compromisso de qualificar os recursos humanos para o uso da Libras e para uma melhor assistência à pessoa surda.

Ressalta-se ainda, a necessidade de divulgação da importância do ensino da Libras como instrumentalizador do/a futuro/a profissional para um atendimento integral do/a surdo/a. Recomenda-se que o ensino da Libras, teórico e prático, se aproxime dos centros e departamentos de ciências da saúde, fortalecendo a discussão socioantropológica acerca do sujeito surdo interseccionando com a área da saúde.

Referências

BARBOSA, M. A. *et al.* Linguagem Brasileira de Sinais – Um desafio para a assistência de enfermagem. **Rev Enfermagem. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 247–51, 2003.

BISOL, C.; SPERB, T. M. Discursos sobre a Surdez: Deficiência, Diferença, Singularidade e Construção de Sentido. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, v. 26, n. 1, p. 7-13, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a02v26n1.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº. 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei no 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei no 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2005, Seção 1 p. 28. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm. Acesso em: 11 dez. 2017.

CARDOSO, A. H. A.; RODRIGUES, K. G.; BACHION, M. M. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v. 14, n. 4, ago. 2006.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 417-22, dez. 2005. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/62.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

GESSER, A. **LIBRAS?** Que língua é essa? Crenças e preconceitos em torno da língua de sinais e da realidade surda. São Paulo: Parábola, 2009.

IANNE, A.; PEREIRA, P. C. A. Acesso da Comunidade Surda à Rede Básica de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v.18, Supl.2, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf Acesso em: 11 dez. 2017.

NEVES, D. B.; FELIPE, I. M. A.; NUNES, S. P. H. Atendimento aos surdos nos serviços de saúde: acessibilidade e obstáculos. **Infarma Ciências Farmacêuticas**, Brasília, DF, v. 28, n. 3, p. 157-165, 2016.

OLIVEIRA, Y. C. A.; COSTA, G. M. C.; COURA, A. S.; CARTAXO, R. O.; FRANÇA, I. S. X. A língua brasileira de sinais na formação dos profissionais de Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia no estado da Paraíba, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, SP, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000400011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 dez. 2017.

PIRES, H. F.; ALMEIDA, M. A. P. T. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Rev. Enferm. Contemp.** Salvador, v. 5, n.º. 1, jan.-jun. 2016.

QUADROS, R. M.; KANOPP, L. B. **Língua de Sinais Brasileira**: Estudos linguísticos. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROUQUAYROL, M. **Epidemiologia e Saúde**. 5. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SANTOS, E. M.; SHIRATORI, K. As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos. **Rev Eletrôn Enferm**, Goiânia, v. 6, n. 1, 2004.

STEINBERG, A. G. *et al.* Health care system accessibility. Experiences and perceptions of deaf people. **J Gen Intern Med.**, s. l., v. 21, n.3, p. 260-266, Mar. 2006.

Criação de um grupo de pesquisa em cirurgia

Douglas Apolônio dos Santos
Ana Carolina Silva Pinto
Bruna Souza dos Santos
Yago Vinicius de Santana Brito
Mithaly de Jesus Teixeira
Paulo Plessim de Almeida Filho
Joir Lima de Oliveira Júnior
Marla Niag dos Santos Rocha

Introdução

A Iniciação Científica (IC) contribui para a vida acadêmica do/a graduando/a ao trazer-lhe benefícios como a introdução do mesmo na ciência, faz com que a graduação deixe de ser um espaço de reprodução de conhecimento e passe a ser um espaço de troca de conhecimentos, socialização profissional a partir do compartilhamento de experiências e vivências, além de favorecer o desenvolvimento das atividades da própria iniciação científica. Desta forma, ela é fundamental para elaboração do pensamento crítico reflexivo sobre os artigos científicos consultados pelos/as estudantes e médicos/as (MASSI; QUEIROZ, 2010).

Segundo Silva e Cabrero (1998, p. 193), o objetivo da iniciação científica é:

Despertar a vocação científica e incentivar talentos potenciais entre estudantes de graduação, mediante sua participação em projetos de pesquisa, preparando-os para o ingresso na pós-graduação; contribuir de forma decisiva para reduzir o tempo médio de titulação de mestres e doutores.

Considerando que a IC é um fio condutor para o desenvolvimento do/a futuro/a pesquisador/a e que faz parte das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina, é necessário entender seus

impactos na comunidade e sua importância para os/as estudantes de graduação (MORAES, 2016; TENÓRIO, 2010; BRASIL, 2014).

É por meio da IC que o/a estudante se familiariza na prática com os processos de organização e formulação metodológica, bem como execução de uma pesquisa. Com isso, adquire, além da teoria abordada em disciplinas como Metodologia da Pesquisa Científica e Medicina Baseada em Evidências, um conhecimento de vivência. Desse modo, ela é importante por propiciar a vinculação da teoria com a prática acadêmica, contribuindo para a fixação de conteúdos e para a formação de um pensamento crítico.

O tripé formado pelo ensino-pesquisa-extensão constitui eixo fundamental nas ações das Universidades no Brasil, sendo assegurado pela Constituição federal de 1988: "as universidades [...] obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão" (BRASIL, 1988). A Universidade é uma instituição emancipatória, que se propõe a atender as demandas internas e externas da sociedade (MORÉS, 2017).

A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), localizada no território de identidade do Recôncavo da Bahia, com sede administrativa na cidade de Cruz das Almas, tem uma proposta pedagógica inovadora, na qual o incentivo à pesquisa e à produção científica voltadas para a melhoria das condições de saúde da população é a base para a criação de vínculos entre estudantes e instituições, mostrando a importância do incentivo à iniciação científica para o curso de Medicina e para a população em geral (UFRB, 2020a). Dessa forma, fazem parte dos princípios norteadores do curso de Medicina da UFRB: ampliar atividades de pesquisa e a produção científica e fortalecer e ampliar a articulação das atividades de ensino, pesquisa e extensão.

A UFRB, enquanto instituição federal autárquica e geradora de conhecimento, fomenta a pesquisa em todas as esferas do aprendizado, por meio de grupos de pesquisa vinculados a esta, como o Núcleo de Estudo e Pesquisa em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental (NUTOCE).

Os grupos de pesquisa, por meio de seus/suas orientadores/as e equipe acadêmica, são espaços de construção do conhecimento, aprimoramento técnico-científico e de busca pelo restabelecimento do diálogo entre sociedade e ciência. Dessa maneira, o presente relato de experiência tem por objetivo descrever o processo de criação e as atividades desenvolvidas pelo NUTOCE enquanto grupo de pesquisa vinculado à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, relacionando-o com a realidade da pesquisa científica no curso de Medicina.

Criação do NUTOCE

O curso de Medicina da UFRB foi criado no ano de 2013, baseado nas novas diretrizes curriculares em saúde, com o objetivo de formar profissionais capacitados a oferecer um atendimento integral e humanizado à comunidade, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua criação e proposta inovadora têm trazido diversos benefícios para o Recôncavo Baiano, tanto pelo aumento do número de profissionais aptos a assumirem os serviços de saúde na região, como pelos benefícios da presença de professores/as e discentes no campo prático, nos atendimentos ambulatoriais.

Por se tratar de um curso com criação recente, são encontrados poucos grupos de pesquisa na área de medicina, particularmente vinculados a especialidades médicas. Neste contexto, surgiu em 2019 o Núcleo de Estudo e Pesquisa em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental (NUTOCE), com objetivo de ampliar a demanda quanto ao desenvolvimento de atividades de pesquisa no curso de Medicina, principalmente na área cirúrgica, de forma a estimular a iniciação e inovação científica durante a formação médica, contribuindo de forma positiva com a saúde pública.

O grupo foi fundado por 2 docentes com especialidade cirúrgica. A primeira equipe de pesquisadores/as foi composta por 16 estudantes, todos bacharéis em saúde, e graduandos/as de Medicina da UFRB de semestres variados. A seleção foi realizada por meio de manifestação

de interesse e aproximação em outras atividades realizadas em conjunto com os/as orientadores/as.

No processo inicial de criação do NUTOCE foi solicitada, via e-mail, ao Grupo de Apoio ao Docente/Núcleo de Assessoramento aos Programas, Projetos e Grupos de Pesquisa da UFRB, autorização para fundação deste grupo. Em seguida, houve habilitação no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil - Lattes (DGP)/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), e por fim cadastro do grupo e inclusão dos/as pesquisadores/as e estudantes no DGP.

Funcionamento do NUTOCE

Os encontros do NUTOCE ocorrem semanalmente, de forma presencial ou virtual, com atividades de estudo e acompanhamento do desenvolvimento das pesquisas em andamento. A primeira reunião do grupo foi realizada de forma presencial, contudo, as reuniões subsequentes ocorreram de forma virtual, através da plataforma Google Meet, em decorrência do período de férias e da emergência da pandemia do novo Coronavírus (SARS-CoV-2).

Nas atividades de estudo, são ministradas aulas com temas que perpassam as áreas de metodologia científica, epidemiologia e bioestatística, além da discussão de artigos científicos relevantes, que correlacionam os temas das aulas e dos projetos com a Medicina Baseada em Evidências (MBE).

Até o presente momento, as atividades de pesquisa são desenvolvidas em um hospital de referência regional, situado em Santo Antônio de Jesus, BA, em parceria com a Unidade de Tratamento de Queimados, o Serviço de Atenção às Feridas e a comunidade acadêmica. Cada projeto é desenvolvido por uma equipe de pesquisadores/as discentes e orientadores/as. O andamento de cada pesquisa é acompanhado semanalmente, durante as reuniões do grupo, momento em que são feitas correções e são traçadas metas a serem alcançadas em períodos definidos conjuntamente.

Desde a sua fundação, o NUTOCE já contabiliza 16 projetos com temas relacionados a queimaduras, feridas, educação médica

e cirurgia reconstrutora. O desenvolvimento de cada trabalho ocorre após definição do problema a ser estudado, com extensa revisão da literatura. O processo de orientação para escrita dos projetos e submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade respeita todas as etapas de elaboração dos trabalhos científicos. Após finalização dos trabalhos, os autores serão orientados e estimulados a publicá-los em periódicos científicos e apresentá-los em eventos locais e externos como forma de divulgação do conhecimento adquirido por meio da pesquisa.

As atividades do grupo têm sido desenvolvidas pelos/as membros/as fundadores/as. Recentemente houve a incorporação de mais uma docente orientadora, especialista em ginecologia e obstetrícia, totalizando 19 participantes, o que possibilitará a ampliação dos temas de pesquisa. A renovação dos/as discentes pesquisadores/as se fará anualmente por meio de entrevista e análise de currículo, o que propiciará uma rotatividade essencial para oportunização dessa vivência para o maior número de discentes possível.

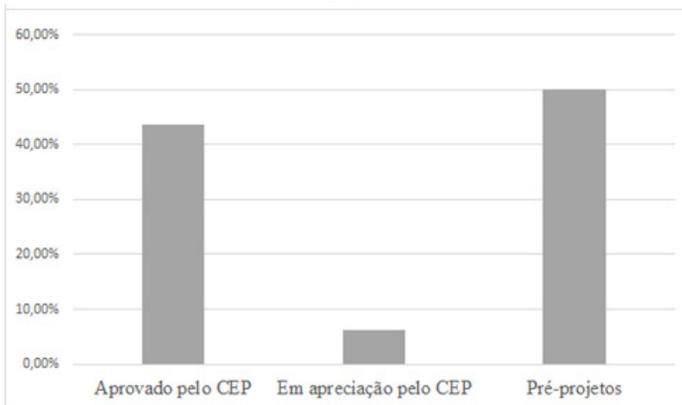
NUTOCE: pesquisa e cirurgia

Atualmente existem 26 grupos de pesquisa liderados por docentes do CCS, e destes, apenas três possuem como grande área de atuação a medicina, oito como grande área de atuação saúde coletiva, quatro do ciclo básico – o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) – e onze relacionados a outras áreas de estudo, como nutrição, enfermagem, psicologia e medicina veterinária (UFRB, 2020b). O NUTOCE configura-se como o primeiro grupo de pesquisa no CCS relacionado a uma especialidade médica, tendo a cirurgia como linha de pesquisa.

Nesse contexto, apesar de a UFRB e o próprio curso de Medicina estimularem atividades de extensão e pesquisa, nota-se um reduzido número de projetos relacionados à grande área da medicina. Salienta-se que pesquisas em técnica operatória e cirurgia experimental eram escassas nessa instituição até o surgimento do NUTOCE (UFRB, 2020b).

O conhecimento científico é peça-chave na formação médica, pois forma profissionais que conseguem compreender de que forma os procedimentos influenciam na saúde do/a paciente, tanto em termos de capacidade funcional quanto de qualidade de vida. Medeiros (2016) explica que a pesquisa representa a espinha dorsal para o desenvolvimento da cirurgia, além de propiciar a formação de pesquisadores/as centrados no sujeito, para que, desta forma, possam utilizar a avaliação crítica dos dados visando identificar as melhores evidências científicas e guiar o cuidado do/a paciente no mundo real. Disto pode resultar a formação de um/a profissional diferenciado dos/as demais.

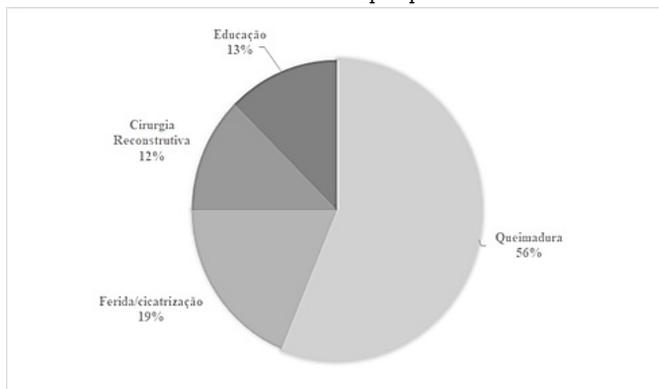
Gráfico 1. Tramitação dos projetos de pesquisa do NUTOCE em percentuais até o 1º semestre 2020.



Fonte: Autoral (2020).

O Gráfico 1 representa o percentual de projetos em relação a sua situação no CEP: 43,75% (7) já aprovados pelo CEP; 6,25% (1) ainda em processo de apreciação; e 50% (8) em fase de finalização para serem submetidos ao CEP. Isso representa um aumento no desenvolvimento de projetos na área de cirurgia e técnicas cirúrgicas da instituição.

Mesmo tendo apenas nove meses de fundação, o NUTOCE tem um número expressivo de projetos em desenvolvimento, que compreendem quatro linhas de pesquisa: feridas/cicatrização, queimaduras, educação médica e cirurgia reconstrutora.

Gráfico 2. Percentual de linhas de pesquisa²⁵ de abril de 2023

Fonte: Autoral (2020).

O Gráfico 2 representa a porcentagem das linhas de pesquisa desenvolvidas pelo grupo. Conforme retratado, 56,2% (9) dos trabalhos abordam a temática queimaduras; 18,75% (3) tratam sobre feridas/cicatrização; 12,5% (2) se referem à cirurgia reconstrutora; e 12,5% (2) à educação médica.

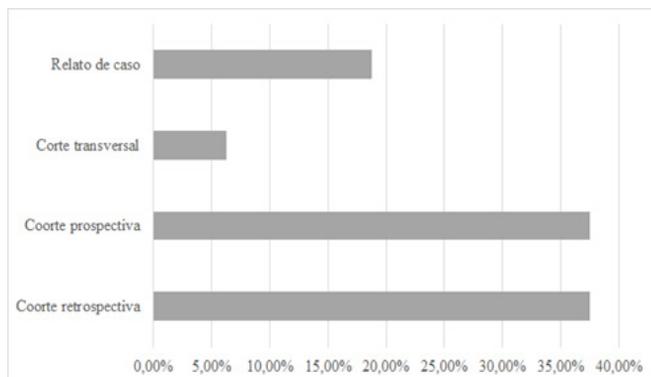
As queimaduras compõem um dos grandes temas da área cirúrgica e possuem grande importância para a formação do/a médico/a generalista e/ou especialista. Estas, que representam maioria dos trabalhos desenvolvidos pelo grupo, são demasiadamente frequentes no mundo, apresentando elevadas taxas de morbimortalidade e onerosidade para o sistema público de saúde, além de estarem diretamente relacionadas ao comprometimento da qualidade de vida e da autoestima do/a paciente (MALTA *et al.*, 2020). Mesmo com tamanha relevância inerente ao tema, segundo o Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde (2020), nos últimos cinco anos apenas 175 trabalhos sobre queimaduras foram publicados em língua portuguesa, o que denota uma defasagem de produção nacional sobre o tema e a importância de mais pesquisas sobre essa temática.

Segundo Medeiros (2016), a pesquisa é um suporte para a MBE, sem a qual a medicina e a cirurgia estariam estagnadas. Essa

diversificação de temáticas potencializam o desenvolvimento de anseios para o entendimento de patologias tanto no cenário da clínica como no saber cirúrgico.

Pensar a cirurgia no Recôncavo permite a formulação de protocolos a partir da peculiaridade local, buscando sempre o restabelecimento da saúde, o que leva a um atendimento esperado e programado com uma melhor gestão em saúde. Isso possibilita a elaboração de políticas públicas que atendam às necessidades de saúde de uma comunidade, de modo a fortalecer os princípios norteadores do SUS, a universalização, integralidade e a equidade no cuidado.

Gráfico 3. Percentual dos desenhos de estudos dos projetos.



Fonte: Autoral (2020).

O Gráfico 3 descreve o percentual dos desenhos de estudo dos projetos desenvolvidos pelo grupo. Destes, 37,50% (6) são coortes retrospectivas; 37,50% (6), coortes prospectivas; 18,75% (3) são relatos de caso; e 6,25% (1) corte transversal. Essa variedade de desenhos de pesquisa colabora para estimular os/as participantes do núcleo a desenvolverem um raciocínio científico, ao mostrar de forma prática como cada recurso metodológico pode contribuir para a descoberta de dados que amparem a prática clínica.

Nesse contexto, os/as estudantes podem desenvolver habilidades desde a sua graduação, ao observar que tanto as suas

criações intelectuais como as suas produções científicas contribuem com a construção de suas individualidades enquanto profissionais. Indiretamente, essas habilidades favorecerão a disciplina e permitirão que o/a estudante/pesquisador/a acumule bagagem teórica, proporcionando-lhe conhecimentos e capacitação para a prática profissional. Nesse âmbito, a pesquisa torna-se parte do caminho que o/a futuro/a profissional precisa seguir: a ciência (ALMEIDA, 2016).

Considerações finais

A implementação desse grupo propiciou o desenvolvimento da temática em técnica operatória e cirurgia experimental, além do refinamento de conhecimento cirúrgico dentro da universidade, contribuindo para que os/as discentes envolvidos/as pensem a ciência médica em sua amplitude, com fortalecimento do olhar crítico e ampliação dos conhecimentos debatidos durante o itinerário formativo.

Além disso, a criação do NUTOCE possui relevância social importante, visto que a pesquisa oportuniza que os conhecimentos adquiridos sejam alinhados com novas realidades e com a inovação, consequentemente gerando impacto na melhoria da qualidade de vida de outros sujeitos. Ademais, colabora para que ocorra uma simbiose de conhecimento entre docentes e discentes, gerando assim a construção de um saber mais amplo e sólido.

Nota-se que, devido à aprovação no CEP de inúmeros projetos, o grupo adquiriu um arcabouço de conhecimento que facilita construir pesquisas seguindo as diretrizes para as pesquisas com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Associação Brasileira de Normas Técnicas e do CEP, além de ter o senso crítico para escolher o melhor desenho metodológico. Isso irá propiciar a elaboração de propostas similares e, consequentemente, um maior desenvolvimento de pesquisas no centro de ensino.

Esse núcleo de estudo e pesquisa possui como perspectivas futuras potencializar a utilização das estruturas físicas presentes no CCS com o intuito de aperfeiçoar as investigações desenvolvidas em técnicas cirúrgicas e operatórias. Outrossim, criar parcerias com outros

equipamentos em saúde e profissionais com objetivo de abranger as linhas de pesquisas, como fissuras labiopalatinas, técnicas cirúrgicas e operatórias na obstetria.

O núcleo, apesar de concebido como projeto de pesquisa, desencadeia uma cinesia reflexiva da qualidade da formação no eixo de clínica cirúrgica na UFRB, provocando o interesse nesta grande área da medicina atrelada ao desenvolvimento científico para uma formação generalista e completa do/a egresso/a médico/a da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Assim, a pesquisa é um dos pilares, junto ao ensino e à extensão, que guia o/a profissional, principalmente o que está em formação, a entender que o atendimento em saúde não se limita à técnica.

Referências

ALMEIDA, N. G. N. Importância da metodologia científica através do projeto de pesquisa para a construção da monografia. **Folha de Rostto: Rev. Bibliotec. Cien da Inform., Juazeiro do Norte, CE, v.2, n. 1, p. 57-66, 2016.**

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

FRANCO, T.; SANTOS, E. G. Mulheres e cirurgiãs. **Rev Col Bras Cir,** Rio de Janeiro, v. 37, n.1, p. 72-77, 2010.

MALTA, D C *et al.* Perfil dos casos de queimadura atendidos em serviços hospitalares de urgência e emergência nas capitais brasileiras em 2017. **Rev. bras. Epidemiologia,** Rio de Janeiro, v. 23, supl. 1, 2020.

MASSI, L.; QUEIROZ, S. Estudos sobre iniciação científica no Brasil: uma revisão. **Cad. Pesqui.,** São Paulo, v. 40, p.173-97, abr. 2010.

MEDEIROS, A. C. Pesquisa em cirurgia. **Rev. Col. Bras. Cir,** Rio de Janeiro, v. 43, n.6, nov./dez, 2016.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de julho de 2014. Institui Diretrizes

Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 jun. 2014, Seção 1, p. 8-11. Disponível em: <https://bitly.com/q1Ofgm>. Acesso em: 26 jun. 2020.

MORAES, D. W. *et al.* Interest in research among medical students: Challenges for the undergraduate education. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 62, n. 7, p. 652-658, out. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/Z5QPWXqkKpQq6vtB9MFQBVp/?lang=en>. Acesso em: 24 jun. 2020.

MORÉS, A. A universidade e sua função social: os avanços da EaD e suas contribuições nos processos de ensino e aprendizagem. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, RS, v. 25, n. 1, p. 141-159, jan./abr. 2017.

PORTAL REGIONAL DA BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. São Paulo: Ministério da Saúde; Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; Departamento de Evidência e Inteligência para Ação em Saúde, 2020. Disponível em: www.bvsalud.org. Acesso em: 12 ago. 2020.

SCHEFFER, M. *et al.* (Coords.). **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina, 2020. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf. Acesso em: 12 ago. 2020.

SILVA, R. C.; CABRERO, R. C. Iniciação científica: rumo à pós-graduação. **Educação Brasileira**, Brasília, v. 20, p.189-99, 1998.

TENÓRIO, M. P; BERARDI, G. Iniciação científica no Brasil e nos cursos de medicina. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 390-393, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/XHcPr3whgjNF76CvQKbXJGz/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA. **Grupos de pesquisa do CCS cadastrados no CNPQ**. Santo Antônio de Jesus, BA: Centro de Ciências da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br/ccs/images/AscomCCS/PESQUISA/2018/Grupos-de-Pesquisa-CCS-cadastrados-no-CNPq.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Cruz das Almas: Centro de Ciências da Saúde. Colegiado do Curso de Medicina, 2017. Disponível em: http://www.ufrb.edu.br/ccs/images/DIACOL/Cursos/PPC_Medicina.pdf. Acesso em: 28 jun. 2020.

Lagorb: sucesso e protagonismo estudantil

Caio Luiz Coelho Ferreira dos Santos

Marcos André Medrado da Cruz

Abdias de Souza Alves Júnior

Raissa Figueirêdo Carvalho

Adailton Alves da Costa Filho

Jéssica Mariana Lima de Oliveira

Marla Niag dos Santos Rocha

Sibele de Oliveira Tozetto

Introdução

As Ligas Acadêmicas (LAs) são associações sem fins lucrativos, registradas ou não em cartório, que reúnem estudantes de cursos de graduação, com supervisão de professores/as universitários/as especialistas nas áreas em questão. Cumprindo os princípios constitucionais da educação superior brasileira, as LAs devem desenvolver suas atividades apoiadas nos pilares fundamentais da universidade: ensino, pesquisa e extensão (ABLAM, 2016).

Em 1918, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi criada a primeira Liga Acadêmica do Brasil. À época, esta tinha como intuito a criação de uma frente de combate à sífilis – Liga Acadêmica de Combate à Sífilis. Tal iniciativa mostrava-se bastante eficaz dentro das comunidades em que estava inserida, contribuindo na assistência à saúde. Foi apenas no período da ditadura militar no Brasil que essas entidades acadêmicas se fortaleceram, como resposta ao questionamento do papel da universidade e da condução do ensino superior (SILVA *et al.*, 2015).

A partir desta época, as propostas das LAs se expandiram e se reorganizaram, de modo que hoje existem instituições como a Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (ABLAM), criada em 2005, que congrega milhares de LAs e estabelece regras e princípios norteadores para seus funcionamentos (ABLAM, 2020).

Atualmente, as LAs estão presentes em diversos cursos de graduação das áreas da Saúde e Ciências Biológicas, desenvolvendo estratégias poderosas para estimular o desenvolvimento de competências necessárias à formação de bons/boas profissionais durante o processo de ensino-aprendizagem (CAVALCANTE *et al.*, 2018). Além disso, elas estimulam o desenvolvimento de atividades de pesquisa e extensão universitária, como publicação de trabalhos científicos e participação em eventos, como seminários e congressos.

O trabalho das LAs deve ser democrático e fiel a princípios éticos e humanísticos, possibilitando o desenvolvimento de suas atividades, sempre sob supervisão, e baseado em objetivos coerentes com a formação acadêmica pretendida (SILVA, 2018). Desta forma, as LAs e sua contribuição no processo formativo têm se tornado objeto de estudo por proporcionar a integração do ensino-serviço-comunidade, estimular o protagonismo e autonomia discente e promover uma formação diferenciada em saúde (CAVALCANTE *et al.*, 2018). Nesse contexto, a Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetria do Recôncavo da Bahia (LAGORB) surge de forma pioneira no ano de 2013, como a primeira Liga Acadêmica da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), sendo sediada no Centro de Ciências da Saúde (CCS) em Santo Antônio de Jesus, BA.

Considerando as potencialidades de contribuição das LAs para a formação de estudantes de graduação, este capítulo tem por objetivo relatar a fundação e construção da LAGORB. Através do exemplo da Liga de sucesso acadêmico por seu papel na articulação entre ensino, pesquisa e extensão ao longo dos anos de atividades, busca-se evidenciar a relevância das LAs na construção do itinerário formativo dos/as estudantes, bem como os impactos positivos que estas podem causar nas comunidades em que atuam.

Alicerces e implantação

A implantação da LAGORB se relaciona intimamente com a história e os valores da instituição em que está inserida. A criação da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) ocorreu em 2005,

a partir da dissociação da Escola de Agronomia da Universidade Federal da Bahia (AGRUFBA) de sua instituição de origem (BRITO, 2015). Através de debates sobre o desenvolvimento da educação superior em 2006, começa-se a projetar transformações administrativas e estruturais que possibilitassem não apenas expansão e ampliação do acesso, mas também uma reestruturação ampla dos aspectos conceituais e organizacionais dos modelos formativos oferecidos pelas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). Tomando como exemplo o modelo europeu e estadunidense flexneriano, nas discussões de implantação desta instituição, trazia-se a proposta de organização dos cursos em regime de ciclos, através dos Bacharelados Interdisciplinares (BI). Com isso, intencionava-se facilitar o intercâmbio dos/as estudantes, ampliar e aprofundar suas formações, sem adotar, contudo, uma aproximação acrítica de modelos (BRITO, 2015). E neste cenário, inaugurou-se a UFRB, no modelo multicampi, modificando a estrutura de formação cristalizada e linear, pouco adequada ao conceito amplo de Universidade, trazendo a necessidade de se fazer ensino, pesquisa e extensão atrelados às ações afirmativas, garantindo apoio e permanência estudantil, a fim de entregar à sociedade indivíduos não apenas com vasta qualidade técnica, mas também sociocultural.

A LAGORB surge de forma pioneira no ano de 2013, como a primeira LA do CCS-UFRB. Sua criação se baseou na superação de um aprendizado tradicional tecnicista e objetivou principalmente o auxílio na formação de profissionais proativos/as, responsáveis, solidários/as, engajados/as e participativos/as, dispostos/as a pensar novas formas de cuidar e olhar o indivíduo. Desta forma, tem como proposta a vivência na ginecologia e obstetrícia com reflexões humanísticas e sociais, envolvidas na atenção integral à saúde das mulheres, em suas mais variadas fases de vida, considerando as interseccionalidades das demandas peculiares de saúde.

A tradição da presença de LAs em grandes centros de ensino foi também um fator impulsionador da criação de uma LA na UFRB, principalmente a partir da criação do curso de Medicina no segundo semestre do ano de 2013, e considerando os benefícios atrelados

à atuação das ligas, tanto para os/as membros/as como para a comunidade universitária.

Neste contexto, a construção da LAGORB foi marcada pelo protagonismo e iniciativa de estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), primeiro ciclo do curso de Medicina na UFRB, subsidiados nas Diretrizes Nacionais da ABLAM, nas quais se determina, em seu artigo 9º, que qualquer aluno/a devidamente matriculado/a em um curso de graduação da instituição de ensino poderia criar uma liga acadêmica de medicina (ABLAM, 2016).

Além disso, para cumprir os objetivos propostos, a diretoria fundadora pautou-se no princípio da interdisciplinaridade, buscando ligantes nas cinco graduações do CCS: BIS, Nutrição, Medicina, Enfermagem e Psicologia. Diante da realidade ímpar de formação no CCS-UFRB, seria incoerente criar uma LA que fosse exclusiva aos/às estudantes de Medicina, como ocorre na maioria das instituições. A integralização dos cursos e a visão humanística reforçada pelo Projeto Pedagógico do BIS exigiam que uma LA dentro do CCS pudesse contar com a colaboração de qualquer curso existente. O funcionamento da LAGORB, à época de sua fundação, dentro deste padrão único, se enquadrava no concebido pela ABLAM (2016), artigo 13º, que diz: "A Liga Acadêmica de Medicina (LAM) será composta por membros que são estudantes matriculados no curso de graduação de Medicina da sua instituição de ensino e de outras áreas da saúde".

A diretoria fundadora foi composta de 8 membros/as discentes unidos/as pelo interesse no tema (1 do curso de Enfermagem, 1 do curso de Medicina e 6 do BIS). Na pessoa da professora responsável pelos componentes curriculares Ciências Morfofuncionais, Embriologia Humana e Medicina Fetal, a LAGORB encontrou a supervisão e orientação de uma profissional qualificada e disponível que aceitou encarar esse desafio junto aos/às alunos/as.

A criação do primeiro estatuto da LAGORB deu-se no ano de 2013, baseando-se em estatutos de outras LAs da Bahia e do Brasil e adaptando-os às peculiaridades do CCS. Seis meses após a criação, em 29 de julho de 2014, realizou-se o primeiro processo seletivo, que

contou com 40 inscritos para 15 vagas distribuídas igualmente entre os cursos de graduação existentes no CCS.

Considerando que a LAGORB tenha se originado e galgado seus primeiros passos no contexto de um curso de Medicina também em sua fase inicial, dificuldades como corpo docente insuficiente, currículo em construção, falta de visibilidade do curso entre os/as médicos/as da comunidade de Santo Antônio de Jesus, docentes sobrecarregados/as e ausência de outras LAs no CCS constituíram-se em fatores complicadores ao início de suas atividades. Todos esses fatores, no entanto, foram contornados e superados com o empenho e dedicação de toda a equipe, sempre impulsionada pelo desejo constante de inovar com qualidade.

Desde então, a LAGORB tem sido uma entidade presente e atuante no CCS-UFRB e na comunidade de Santo Antônio de Jesus, tendo servido também como estopim para a criação de diversas outras ligas acadêmicas na instituição. Assim, no ano de 2019, graças aos esforços conjuntos das demais LAs e da gestão de extensão do CCS, a Universidade publicou a portaria nº. 033/2019, oficializando as Ligas Acadêmicas como entidades reconhecidas, estabelecendo seus critérios de funcionamento e realizando seu registro oficial como programas reconhecidos pela universidade.

A partir da consolidação do CCS-UFRB e do curso de Medicina na cidade de Santo Antônio de Jesus, e no cenário universitário de educação em saúde do estado da Bahia, a chegada de novos/as docentes permitiu a ampliação no número de colaboradores/as da Liga. Neste ponto, destaca-se a colaboração e supervisão de uma docente médica e especialista em Ginecologia e Obstetrícia, além de experiência notória por sua participação em ligas acadêmicas ao longo de sua trajetória formativa. As parcerias da Liga se estendem hoje aos/às demais professores/as do eixo de Saúde da Mulher, do CCS e de outras instituições dentro e fora de Santo Antônio de Jesus. Hoje, a LAGORB conta com 36 ligantes, 2 docentes responsáveis pela supervisão, e 3 docentes do Centro, que atuam como colaboradores.

Eixos de atividade

O desafio de integrar ensino, pesquisa e extensão, pensando na perspectiva do olhar holístico e da medicina centrada na pessoa, encarado por uma entidade construída e gerida por estudantes, sob orientação e supervisão docente, traz em si inúmeras possibilidades de desenvolvimento pessoal e acadêmico para os/as estudantes.

Debruçando-se sobre a realidade de saúde da região do Recôncavo da Bahia, mas não se limitando a esta, a LAGORB tem se mostrado uma força propulsora das iniciativas discentes. No que diz respeito à produção acadêmica científica, à disseminação do conhecimento e ao verdadeiro espírito da extensão universitária, a Liga vem buscando extrapolar os muros da universidade, se inserindo nas comunidades, com ações que visam atender demandas pontuais identificadas.

O incentivo ao protagonismo discente, marca presente ao longo da história da LAGORB, objetiva contribuir para a construção do perfil do/a egresso/a proativo/a, engajado/a e participativo/a. O exercício da autonomia estudantil, desde a criação da Liga, tem resultado em diversos exemplos de sucesso acadêmico em seus três pilares de sustentação, nos quais a Liga tem sido ativa desde a sua fundação.

Ensino

As atividades de ensino da LAGORB ocorrem semanalmente, com duração de aproximadamente duas horas, de acordo com cronograma semestral pré-estabelecido, construído pela diretoria, sob supervisão docente. O cronograma de ensino visa contemplar temas técnicos e humanísticos relacionados à saúde da mulher nas diversas fases de sua vida, por meio de uma abordagem interdisciplinar com colaboração de profissionais enfermeiros/as, nutricionistas, médicos/as e psicólogos/as em sessões expositivas e interativas. Além disso, a LAGORB promove sessões científicas de discussão de casos clínicos e artigos científicos contemplando temas de Ginecologia e Obstetrícia.

Nos primeiros anos de funcionamento, utilizava-se principalmente a estratégia de apresentação de temas pelos próprios/as estudantes, sob supervisão docente, contando, menos frequentemente, com a presença de profissionais convidados para palestrar sobre seus temas de expertise. Essa estratégia, além de contribuir na formação dos/as discentes, também foi adotada em decorrência da baixa adesão de profissionais do município em colaborar com a Liga. Posteriormente, com a consolidação do curso de Medicina e da própria LAGORB, foi possível estabelecer parcerias duradouras com vários/as profissionais dentro e fora do CCS-UFRB, o que conferiu outras estratégias de ensino e abordagem dos temas escolhidos.

A exemplo de atividade de ensino desenvolvida pela Liga, a LAGORB promove anualmente, desde o primeiro processo seletivo, em 2014, o "Curso de Introdução à LAGORB", atualmente caminhando para sua 7ª edição. Nele, discentes de todos os cursos do CCS e de outras Instituições de Ensino Superior (IES) de Santo Antônio de Jesus têm a oportunidade de entrar em contato com temas básicos da Saúde da Mulher. Não obstante, serve também como introdução e preparação para o processo seletivo anual promovido pela Liga. Desde seu início, são abordados temas de embriologia, propedêutica ginecológica, ciclo menstrual, alterações no organismo materno, dentre outros dessa área de cuidado. O modelo é de curso intensivo, com aulas de três temas pré-selecionados pela diretoria, sob supervisão docente.

Pesquisa

O desenvolvimento de atividades de pesquisa apresenta-se como um desafio desde o início da fundação da Liga. Dificuldades estruturais, complexidade burocrática e deficiência de recursos humanos se constituíram inicialmente como empecilhos ao pleno desenvolvimento desse eixo.

Apesar disso, a LAGORB manteve-se ativa e presente em seminários e congressos, com oficinas, apresentações de trabalhos e publicações. Destaca-se aqui a apresentação de trabalhos no

I Congresso Internacional de Desastres em Massa, em 2015; no XXII Congresso Baiano de Ginecologia e Obstetrícia, em 2016; e sua participação na edição 2019 do Congresso Baiano de Ligas Acadêmicas (CBLA). O trabalho apresentado neste último evento, intitulado “Inquérito Baiano Sobre Ligas Acadêmicas de Ginecologia e Obstetrícia”, além de conferir contribuição acadêmica, serviu de subsídio para a realização de um evento entre LAs de Saúde da Mulher, organizado pela LAGORB. Em 2020, a Liga intensificou suas atividades de pesquisa em reprodução humana, em parceria com uma instituição clínica e de pesquisa em nível internacional, tendo essas atividades resultado na produção de trabalhos publicados no congresso 2020 da Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia.

A Liga tem se dedicado à construção e consolidação de suas linhas de pesquisa, desenvolvendo projetos nas áreas de Educação Sexual e Reprodutiva nas Escolas Estaduais de Santo Antônio de Jesus, Mortalidade Materna, Reprodução Humana e Fertilidade. Desta forma, se firma em mais um de seus pilares de atuação, sempre impulsionada pela iniciativa e interesse de seus integrantes.

Extensão

Desde a sua fundação, o pilar da extensão tem sido “carro-chefe” das atividades da LAGORB, com produção intensa e regular de atividades. O contexto da estratégia adotada pela gestão de extensão da UFRB, permitindo que discentes sejam coordenadores/as de atividades de extensão registradas, contribuiu para a facilitação do registro e apoio aos projetos propostos pela Liga.

Essa trajetória inicia-se com o *“Pre-para Mamãe, tô chegando”*, evento realizado em novembro de 2014, em parceria com o núcleo de Investigação Materno-Infantil da UFRB (NISAMI), na forma de feira de saúde no bairro São Benedito, em Santo Antônio de Jesus, BA. Na oportunidade, foram desenvolvidas rodas de conversa abordando maternidade, gestação, bem como oficinas de Yoga e Meditação, e avaliações nutricionais.

A participação em diversas atividades realizadas a convite de setores da comunidade de Santo Antônio de Jesus também tem sido presente no eixo de extensão. Dentre estas, pode-se destacar o desenvolvimento de um projeto de educação em saúde sexual e reprodutiva nas escolas da rede estadual, em 2018. A atividade foi desenvolvida de maneira lúdica, com foco em sanar dúvidas dos/as estudantes e auxiliar na fixação do conteúdo, buscando criar um ambiente onde estes/as se sentissem seguros, tendo sido feito direcionamento das atividades a partir da aplicação de pré-testes para avaliação de conhecimentos prévios. Apesar de ter essa etapa do projeto já finalizada, a LAGORB segue com a proposta, trabalhando em sua ampliação e articulação com um eixo de pesquisa em fase de construção.

Outras atividades educativas marcam a história da LAGORB. Entre essas, as ações ligadas ao movimento Outubro Rosa, um movimento de abrangência internacional, dedicado à realização de campanhas relacionadas à prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama. Na tentativa de adequar a campanha internacional à realidade local, desde 2016, anualmente no mês de outubro, a Liga tem realizado atividades em praças públicas para divulgação de informações e educação em saúde com este foco, sempre em parceria com instituições de saúde do município. Nesse sentido, em 2019, surgiu a proposta de desenvolver essas atividades na praça de alimentação e demais espaços de circulação do shopping da cidade, um importante centro comercial. Em parceria com uma clínica de oncologia com filial na cidade, a Liga promoveu uma exposição fotográfica exaltando mulheres que venceram o câncer de mama, a fim de contar parte de suas histórias inspiradoras. Junto às discussões realizadas na praça de alimentação, a Liga buscou impactar o maior número de frequentadores, ligados ou não à universidade, considerando a perspectiva de intervir positivamente por meio de educação em saúde. Atualmente as intervenções do Outubro Rosa fazem parte do calendário anual de atividades da LAGORB, que continua somando esforços com diversas instituições de saúde para dedicar-se aos objetivos de difusão de informação propostos pelo movimento.

Outras ações isoladas, mas não menos importantes, foram algumas rodas de conversa sobre temas de interesse da comunidade (tais como climatério e contracepção), que vêm sendo realizadas rotineiramente, desde 2018, com mulheres de contextos variados – populações de bairros específicos ou entre a comunidade acadêmica do próprio centro. Nessas ocasiões, os/as ligantes e docentes envolvidos têm a oportunidade de dialogar com as mulheres e responder às suas dúvidas sobre os temas, esclarecendo sobre seus direitos com relação à assistência à saúde e orientando acerca de métodos contraceptivos, autocuidado, métodos de alívio dos sintomas do climatério, dúvidas sobre reposição hormonal e orientações acerca dos equipamentos de saúde disponíveis na comunidade e que poderiam ser acessados por elas.

No campo da disseminação de conhecimento no meio acadêmico, a LAGORB destaca-se pela promoção de grandes eventos como o “ONCOGIN”, simpósio sobre Oncologia Ginecológica, realizado em parceria com a Liga Acadêmica de Oncologia do Recôncavo da Bahia (LAONCORB) em janeiro de 2016, com o intuito de alertar sobre o câncer de colo de útero, tema do simpósio, num mês com foco nas ações de prevenção de tal condição clínica. Houve, também, a promoção do I Curso de Subespecialidades Gineco-Obstétricas (2019), que abordou a Ginecologia Endócrina como tema central, trazendo temas como Climatério, Puberdade Precoce e Tardia e Amenorreias. Acrescentam-se, ainda, as palestras, stands e rodas de conversas, realizadas constantemente na Semana Acadêmica do CCS, evento produzido semestralmente pela gestão de extensão do Centro, no qual a Liga se destaca pelo grande número de atividades propostas. Atividades em escolas estaduais, abordando educação sexual e reprodutiva – projeto que compreende pesquisa e extensão – e intervenções do tipo “sala de espera” a convite da policlínica estadual de Santo Antônio de Jesus, somam-se à extensa relação de atividades extensionistas desenvolvidas pela LAGORB todos os anos.

No que tange às grandes intervenções, a Liga tem inovado constantemente, trazendo propostas que contribuam substancialmente

com o processo formativo. Nesse sentido, no ano de 2018, criou e desenvolveu a primeira edição do Curso Pré-Internato em Obstetrícia (CPIO), que mesclou ensino e extensão. O CPIO constitui-se em um curso intensivo de dois dias, no formato de imersão teórico-prática, abordando temas essenciais da assistência obstétrica. Tendo como público alvo discentes pré-internos e internos do CCS e de outras instituições de ensino superior, o curso tem o objetivo de impactar positivamente em médio e longo prazo a qualidade da assistência obstétrica prestada pelos internos e futuros/as profissionais médicos. Contando com 30 cursistas em sua primeira edição, ultrapassando os 60 na segunda edição, em 2019, e seguindo para a terceira, o CPIO vem se consagrando como marca da LAGORB e um projeto de sucesso acadêmico, recebendo estudantes e profissionais de diversas instituições e de várias regiões da Bahia. Ainda trazendo o pioneirismo e relevância como marcas, em 2019, a LAGORB foi responsável pela criação, desenvolvimento e articulação do I InterGO (I Encontro Regional de Ligas Acadêmicas de Ginecologia e Obstetrícia da Região Nordeste 2 - BA, SE e AL), encontro que objetivou a disseminação de conhecimento e intercâmbio cultural para além dos muros da universidade. Sua primeira edição, realizada pela Liga, numa cidade do Recôncavo da Bahia – interior do estado –, deu início a um evento itinerante que caminha para sua segunda edição, em Salvador, criando uma oportunidade de congregar estudantes dos três estados que se dedicam ao estudo da atenção integral à saúde da mulher.

No ano de 2020, a LAGORB precisou se reestruturar, adequando-se aos desafios impostos pelo isolamento social, mas sem deixar de se manter ativa e promotora de trocas de saberes. Sob essa perspectiva, a Liga organizou e desenvolveu o “I Simpósio Sobre Atenção Integral à Saúde da População Trans”, numa proposta de curso on-line, interativo e atento à importância das discussões interdisciplinares. Em parceria com os grupos de pesquisa e extensão “(co)Laboratório Humano de Estudos, Pesquisa e Extensão Transdisciplinares em Integridade do Cuidado em Saúde e Nutrição, Gêneros e Sexualidades” (LabTrans) e o “Grupo de Pesquisas Saúde Mental, Políticas Públicas de Saúde

e Populações em Situações de Vulnerabilidades” (MentalPop), por ocasião do mês do orgulho LGBTQIA+, tentou-se reduzir as lacunas de formação profissional e de conhecimento geral acerca das diversidades e especificidades relacionadas à população trans. O evento se propõe à criação de um espaço de ampla troca de conhecimento sobre a temática, com transmissão de videoconferências ministradas por especialistas de diferentes profissões da saúde, incluindo cientistas expoentes nas discussões sobre transgeneridades de várias partes do país.

Considerações finais

Desta forma, considerando sua trajetória de início pioneiro e demarcada por intensa atuação nos três eixos do pilar universitário, a LAGORB destaca-se como um exemplo de sucesso acadêmico, em diversas áreas, alavancado e conduzido primordialmente pela iniciativa e protagonismo discentes. Assim, essa experiência pode ser usada como demonstrativo do potencial que as LAs possuem de impactar a trajetória formativa dos seus integrantes, contribuindo para formar profissionais e cidadãos alinhados às propostas de perfil de egresso almejadas pelas instituições e pelas diretrizes nacionais para cursos de Medicina.

Cabe, assim, a reflexão sobre as potencialidades desses coletivos e sobre os esforços no sentido de aprimorar seu *modus operandi* e maximizar seus benefícios, de modo que estas possam atuar com colaboração e apoio dos centros de ensino aos quais estejam vinculadas, para melhor alinhar seus objetivos e práticas às demandas e peculiaridades da instituição de ensino e do contexto social em que estiver inserida. Congregar estudantes e profissionais dedicados ao estudo da saúde da mulher e esforçar-se no sentido do aprimoramento pessoal e profissional, cumprindo suas obrigações acadêmicas e sociais de forma completa, sempre foi e continuará sendo o objetivo norteador da atuação da LAGORB, uma entidade construída por estudantes e para todos.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LIGAS ACADÊMICAS DE MEDICINA (ABLAM). **ABLAM: Fundação e Princípios**. São Paulo: ABLAM, 2020. Disponível em: <https://ablam.org.br/ablam-fundacao-e-principios/>. Acesso em: 15 de julho de 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LIGAS ACADÊMICAS DE MEDICINA (ABLAM). **Diretrizes Nacionais em Ligas Acadêmicas de Medicina**. São Paulo: ABLAM, 2016. Disponível em: <https://ablam.org.br/diretrizes-nacionais/>. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Análise sobre a Expansão da Educação Superior 2003 a 2012**. Relatório. Brasília: MEC, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. **Plano de Desenvolvimento da Educação: razões, princípios e programas**. Brasília: MEC, 2007a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI: diretrizes gerais**. Brasília: MEC, 2007b.

BRITO, L. M. **Novas rotas para o Ensino Superior no Brasil: os bacharelados interdisciplinares da UFRB**. Orientadora: Profa. Dra. Sônia Maria Rocha Sampaio, 2015. 162 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade) – Instituto Humanidades, Artes e Ciências. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2015.

CAVALCANTE, A. S. P. *et al.* **As Ligas Acadêmicas na Área da Saúde: Lacunas do Conhecimento na Produção Científica Brasileira**. *Rev. bras. educ. med.*, Brasília, v. 42, n.1, p.199-206, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/k7qRfT6dmKPXk4Rx49TVBQw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2020.

SILVA, J. H. S. da *et al.* **Implantação de uma Liga Acadêmica de Anatomia: Desafios e Conquistas**. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Brasília, v.39, n. 2, p. 310-315, 2015.

SILVA, L. E. As Ligas Acadêmicas e suas repercussões na formação profissional. 2018. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Instituto Integrado de Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Cruz das Almas: Centro de Ciências da Saúde. Colegiado do Curso de Medicina, 2017. Disponível em: http://www.ufrb.edu.br/ccs/images/DIACOL/Cursos/PPC_Medicina.pdf. Acesso em: 28 jun. 2020.

Escrevivências de uma formação interprofissional

*Carlos Antônio Assis de Jesus Filho
Cíntia André dos Santos
Ícaro Ferreira da Silva
Jéssica Góes da Silva
Luana dos Santos Conceição Motta
Luana Maria Gabriel Barreto
Marcos André Medrado da Cruz
Ana Maria Freire de Souza Lima
Mariângela Costa Vieira*

Introdução

Antes de narrar aqui *quando, porque e para que* a Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF) surge na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), faz-se de grande importância, pela contextualização dos incômodos, contarmos o que contribuiu para o seu nascimento, lembrando que o acesso à educação tende à liberdade e à reflexão contínua do modo de agir em todos os espaços que adentramos (FREIRE, 2004). Diante disso, não caberia a nós outro caminho senão ouvir, olhar, e nos inspirar com o aprendizado individual e coletivo.

Quando, enquanto estudantes, pensamos na formação humana e profissional dentro da universidade, notamos que o cuidado em saúde deve ir para além do aporte teórico necessário

para atuar nos serviços de saúde. Acreditamos que o olhar do/a profissional de saúde deve propiciar tanto a prevenção de doenças quanto a promoção em saúde, com respeito à autonomia dos sujeitos, de forma que a participação ativa e singular de cada um/a seja útil em seu próprio cuidado e na construção do seu itinerário terapêutico.

Não por acaso, todos os cursos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFRB têm como base a formação inicial no Bacharelado

Interdisciplinar em Saúde (BIS), que traz em seu Projeto Político-Pedagógico (PPC), publicado no ano de 2017, princípios e diretrizes que ultrapassam a lógica biomédica e valorizam não só áreas comuns, a interprofissionalidade, como também outros saberes:

Diante da lógica disciplinar, ainda hegemônica na prática pedagógica, faz-se necessária a articulação de vários campos de saberes para entender determinado problema ou problemática, caso a caso: é a chamada interdisciplinaridade. Essa perspectiva valoriza naturalmente o trabalho de equipes, realização de estratégias pedagógicas flexíveis e articuladas, que congreguem o conhecimento do senso comum ao conhecimento científico, cultural e artístico. A busca de articulação entre os diversos campos de saberes é uma estratégia para o desenvolvimento de uma formação mais integral e integrada à realidade local, regional e mundial, assentada em múltiplas formas de compreensão, interpretação e explicação das realidades humanas (UFRB, 2017, p.15).

Para isso, o Projeto Pedagógico do BIS dispõe que o curso preconize “metodologias ativas flexíveis e a aplicação de novas tecnologias de ensino-aprendizagem” em uma “formação que visa habilitar o/a estudante à busca de soluções, capacitando-o ao contínuo exercício de aprender a aprender durante e por intermédio de seu percurso acadêmico” (UFRB, 2017, p.03)

Interligada a essa ideia está a perspectiva da Liga Acadêmica. A palavra “liga” vem do latim *ligare*, que quer dizer “unir”. Na visão química, a formação de uma “liga” tem por objetivo melhorar as propriedades dos metais que a compõe, pois juntos eles potencializam o que cada um possui. Não há um conceito único de Liga Acadêmica, mas são espaços criados e protagonizados por nós, estudantes universitários, e com o apoio e supervisão de docentes, que “ligados” entre si e com a sociedade integram atividades de ensino, pesquisa e extensão.

A figura do/a professor/a ou do/a profissional é apenas de mediador/a do processo ensino-aprendizagem, de modo que as diferen-

ças individuais sejam trabalhadas através de atividades que proporcionem um aprendizado significativo, em consonância com a promoção da saúde (TAVARES *et al.*, 2016). A Liga Acadêmica possibilita inserir o/a estudante na dinâmica de trabalho interprofissional, seja na formação de equipes dentro ou fora da academia ou em contatos prático-teóricos com profissionais de distintas áreas, e faz com que se aguce a atuação reflexiva para o desenvolvimento de uma visão global, integrada e crítica da sociedade e dos processos de adoecimento (CAVALCANTE, 2018; QUEIROZ *et al.*, 2020).

Cabe destacar que, apesar de as matrizes curriculares dos cursos de Psicologia, Enfermagem, Nutrição e Medicina da UFRB prezarem pelo ensino interdisciplinar, quando o/a estudante acessa o seu curso de segundo ciclo tende a enfrentar dificuldades ao partilhar espaços e aprendizados com colegas de outras graduações. Esse distanciamento entre discentes é motivado por diversos fatores, como diferentes agendas, disciplinas, locais de estágios distintos, condutas docentes mais conservadoras, falta de diálogos e de espaços interativos, diminuição do interesse dos/as discentes e hierarquização de saberes.

A partir dessas inquietações de um grupo de amigas e amigos dos cursos do CCS, do desejo por uma aprendizagem mais participativa e da compreensão da potencialidade da atenção primária à saúde (APS) para os sistemas de saúde universais nasce a nossa Liga Acadêmica de Saúde da Família, LASF Recôncavo, no dia 04 de outubro de 2018, no CCS/UFRB. A LASF é um espaço extraclasse de encontros semanais entre estudantes interessados/as em pensar e fazer saúde a partir de uma visão holística. Ela possibilita aos/às discentes matriculados/as em Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Odontologia, Fisioterapia, Medicina e Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (a partir do 3º semestre) de faculdade ou universidade, seja ela pública ou privada, a inserção em um espaço confortável e seguro para trocas, construções e desconstruções dentro do mundo da APS.

Essa participativa e significativa Liga foi criada na contramão da perspectiva tradicionalmente hegemônica dos cursos de saúde, e

tem o intuito de despertar nos/as estudantes da área o interesse em atuar na APS e aproximar, cada vez mais, os/as interessados/as neste campo, fomentando conhecimento e motivação para o trabalho e a luta pela área. Ela pretende contribuir para transformação paradigmática das concepções de saúde e educação, ampliando as possibilidades de horizontalização e democratização do conhecimento. Para isso, deve-se ter em mente, como mencionam Tavares *et al.* (2016, p. 9), que “o ensino em saúde é um processo em movimento constante de construção, desconstrução e reconstrução, de proposições na passagem do informativo para o formativo e finalmente para o transformativo”.

A LASF possui também o propósito de reafirmar e cumprir três dos quatro pilares da Universidade: ensino, pesquisa e extensão. Dentre os objetivos afirmados por essa Liga, destaca-se, no campo do ensino: Antecipar e complementar a vivência teórico-prática dos/as alunos/as da graduação no eixo de APS e abordar temas em saúde coletiva; estimular a elaboração de discussões do campo da saúde coletiva juntamente com a apresentação de relatos de casos clínicos. No campo da pesquisa: desenvolver o hábito de observação, registro e divulgação de informações coletadas, e na área da extensão: Conhecer a estrutura e funcionamento da Unidade Básica de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família; Organizar e participar de cursos, palestras, jornadas, congressos, simpósios e outras atividades informativas relacionadas com as áreas de atuação da Liga (LASF, 2018).

Agora que já contamos nossas inquietações iniciais e *quando, porque e para que* a LASF surge na UFRB, seguiremos “*escrevivendo*”, (re)vivendo através da escrita, as experiências e caminhos para a formação interprofissional percorridos até aqui.

Inquietações em prática

A vivência na LASF condiz com um aprendizado diversificado e interdisciplinar, não se limitando apenas ao conhecimento teórico de procedimentos, condutas, e estudos de casos, mas alia a inserção

do/a acadêmico/a em atividades práticas, sendo um espaço para o desenvolvimento de atitudes, habilidades e conhecimentos sobre a Estratégia em Saúde da Família (ESF), modelo de organização prioritário da atenção primária no SUS.

No âmbito do ensino, abordamos diversos temas, através de momentos teóricos, que privilegiaram as metodologias ativas e fizeram do/a estudante responsável pelo tema ser protagonista, compartilhando suas leituras e reflexões com os demais. O Quadro 1 apresenta uma síntese dos temas abordados por eixo no período de 2019 a 2020.

Quadro 1. Apresentação dos eixos e temas abordados entre 2019 e 2020.

	EIXO I - Interdisciplinaridade	EIXO II - Saúde da Família e Sistemas de Saúde	EIXO III - Ferramentas na Atenção Primária à Saúde	EIXO IV - Prevenção de doenças e Promoção de Saúde
T E M A S A B O R D A D O S	Os componentes das Equipes de Saúde da Família e suas funções no cuidado integrado O trabalho em Equipe Multidisciplinar Participação e Controle Social Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) Financiamento do SUS Saúde Mental na APS	Territorialização e Atenção Básica História da Atenção Primária à Saúde no mundo Interfaces da Atenção Primária à Saúde no SUS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) Conhecendo o método clínico centrado na pessoa Procedimentos em Atenção Primária à Saúde Telemedicina Abordagem Familiar e Atenção domiciliar	Educação Popular em Saúde Abordagem à mulher vítima de violência Como fazer um eficaz rastreamento de doenças Trabalhando e incentivando as mudanças de hábitos de vida Saúde na Escola

Fonte: Elaborado pelos autores e autoras (2020).

A concepção dos eixos de ensino da LASF Recôncavo objetivou, num primeiro momento, a discussão de conceitos e ferramentas consideradas essenciais para a concretização de um trabalho

interprofissional e para um processo formativo SUS-centrado dentro da liga acadêmica.

No campo da extensão, as atividades foram pautadas na promoção do desenvolvimento social, no compartilhamento de saberes e fazeres populares, e na garantia dos valores democráticos de igualdade e equidade de direitos em respeito à pessoa e à sociedade. A LASF desenvolveu rodas de conversas, incluindo parceria com outras universidades e municípios, e cursos que estreitaram nossos laços com a comunidade e contribuíram para formação de discentes, docentes, usuários/as e profissionais da rede de saúde (Quadro 2).

Quadro 2. Projetos de Extensão desenvolvidos de 2019 a 2020.

Curso	Curso de Formação de Conselheiros Municipais de Saúde.
Roda de Conversa	Roda de Conversa sobre saúde da população LGBTI - UFRB e UEFS. Roda de conversa sobre Setembro Amarelo. "Sua consulta tem cor?" no Fórum do Novembro Negro. Rodas de conversa no Reencôncavo (a Política Nacional de Atenção Básica e o Programa Saúde na Hora: entraves, avanços ou retrocessos; As mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e seus impactos na Estratégia de Saúde da Família: atualizações, cenários e perspectivas; Dia do/a calouro/a com a LASF).

Fonte: Elaborado pelos autores e autoras (2020).

No âmbito da pesquisa, apresentamos alguns trabalhos, com destaque para o pôster "Saúde da Família num contexto interdisciplinar e transprofissional: um relato de caso", apresentado na Reunião Anual de Ciência, Tecnologia, Inovação e Cultura no Recôncavo da Bahia (*RECONCITEC*) em 2019, além da elaboração, ainda em andamento, de um artigo sobre a experiência do curso de formação de conselheiros municipais de saúde.

Podemos identificar pontos cruciais e indispensáveis para a formação de um/a profissional de saúde em todos os temas e atividades supracitadas. Apresentaremos a seguir algumas experiências, como a sessão temática: "Conhecendo o método clínico centrado na pessoa".

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) surge em contraponto ao modelo de atuação biomédico centrado na doença, e defendendo a tese de que uma visão não abrangente do processo

saúde-doença-cuidado não conseguiria responder às necessidades das pessoas (STEWART *et al.*, 2017). Nesse sentido, entender um pouco sobre o que compõe esse método e como incorporá-lo na nossa prática se mostrou de grande valia, tendo em vista o modelo de formação em saúde defendida pelo BIS e pelos projetos pedagógicos de todos os demais cursos do CCS.

A sessão sobre MCCP possibilitou a associação de termos e conceitos com vivências e práticas já experienciadas pelos/as participantes. Dessa forma, pudemos entender tanto de quais formas esse método poderia ser incorporado quanto quais seriam os desafios que essa incorporação poderia enfrentar. De uma maneira resumida, e pensando nos quatro componentes interativos do método – 1. *Explorando a saúde, a doença e experiência da doença*; 2. *Entendendo a pessoa como um todo*; 3. *Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas*; e 4. *Intensificando a relação entre a pessoa e o médico* (STEWART *et al.*, 2017) –, é fácil identificar a importância do debate em volta desse conceito em espaços de ensino-aprendizagem e de formação de profissionais de saúde comprometidos com a garantia da saúde enquanto direito fundamental, e com uma prática centrada no cuidado.

Vivenciar essas experiências, assim como questioná-las e tensioná-las, é importante. A discussão do MCCP nos marcou por todos os aspectos explicados, mas ainda que reconhecendo sua potência, cabe refletirmos que o tema coloca nosso olhar centrado ainda no encontro clínico, por isso desejamos avançar na discussão dos Determinantes Sociais em Saúde no processo saúde-doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Para isso, a nossa escolha foi a educação em saúde.

A educação em saúde é um campo de práticas e de conhecimento do setor Saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população (BRASIL, 2007). Assim, a sessão de Educação Popular em Saúde, baseada nos conhecimentos de Paulo Freire, nos mostrou um novo olhar com uma proposta de substituir a “assistência” pela “pre-

sença de uma atenção à saúde de compromisso popular”, não pautada na figura de um/a especialista, mas em um “fazer” saúde com base na troca de conhecimentos entre profissionais da saúde, usuário/a, família e a comunidade. Essa troca permite, o (re)conhecimento daquela comunidade, assim como a reflexão sobre a natureza territorial. Na medida em que o planejamento da Educação em Saúde se afasta do modelo biomédico e se adequa à reorientação dos sistemas de Saúde, o conhecimento sobre o processo de territorialização torna-se ferramenta necessária para que a transição entre tais modelos de aprendizado ocorra de modo fluido e funcional, especialmente no contexto da Atenção Básica (DOS SANTOS, 2017).

Com base nos princípios e diretrizes da Atenção Básica (AB), a Liga abordou a territorialização de forma intersetorial, fomentando o processo de trabalho na AB, o risco e saúde que aquele território oferece ou pode oferecer para um diagnóstico territorial. Outro fator importante foi como realizar a coleta de dados e aprendizagem na confecção de mapas e planejamento estratégico situacional. O território, apesar de um espaço geográfico e socialmente delimitado, reflete as condições de vida das pessoas que ali vivem, apresentando de forma ímpar suas características sociodemográficas, econômicas, culturais, cabendo à equipe de saúde se apropriar dessa realidade para uma atuação mais eficiente.

Em uma das suas ações de extensão, a LASF-Recôncavo participou do XIII Fórum Pró-Igualdade Racial e Inclusão Social do Recôncavo da UFRB, atividade de extensão anual que tem como propósito impulsionar as discussões relacionadas às questões raciais e as políticas de inclusão no Recôncavo. Nesse contexto, foi elaborada, em parceria com o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde (NEGRAS), uma oficina teórico-prática intitulada “Sua consulta tem cor?”, que traçava como objetivo apresentar os conceitos básicos para compreensão do racismo brasileiro, provocar reflexões sobre suas consequências na saúde da população negra e construir possibilidades de manejo clínico das implicações do racismo no processo saúde-doença no contexto da atenção primária.

A oficina foi estruturada em dois momentos: uma formação sustentada pelas contribuições de teóricos negros dos campos da saúde, direito, ciências sociais e um momento de discussão de casos clínicos com a participação do público presente. Essa atividade constituiu um exercício interdisciplinar de discussão das influências do racismo na saúde da população negra, bem como para a construção de ferramentas e condutas capazes de oferecer o cuidado integral dessa população. Evocou também a necessidade de refletir o caráter polissêmico de conceitos como saúde, cuidado e doença. Esses conceitos, indispensáveis à formação em saúde, assumem diferentes sentidos, signos e significados a depender dos contextos e cosmovisões dos quais as múltiplas populações fazem parte. Portanto, é importante que o/a profissional da saúde, tendo em vista a ampliação da sua competência cultural e a prestação de um cuidado integral, seja capaz de desenvolver a sensibilidade analítica de perceber como saúde, doença e cuidado se apresentam nos variados espaços.

A doença não pode ser compreendida apenas por meio das medições fisiopatológicas, pois quem estabelece o estado da doença é o sofrimento, a dor, o prazer, enfim, os valores e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que adocece (CANGUILHEM; CAPONI, 1995, *apud* BRÊTAS; GAMBA, 2006). Nesse sentido, destacamos, por fim, uma experiência em um município no Recôncavo da Bahia que teve como tema "Setembro Amarelo".

A convite do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da cidade de Dom Macedo Costa (BA), a LASF-Recôncavo desenvolveu uma oficina para discutir a campanha de conscientização sobre a prevenção ao suicídio. A ação refletiu sobre como as desigualdades de gênero, raça e classe se articulam na sociedade produzindo e aprofundando situações de adoecimento psíquico, apresentou estratégias para prevenção do suicídio, escutou as percepções dos ouvintes acerca da temática e promoveu uma densa partilha de conhecimento, cuidado e afetos. A ação extensionista foi amparada por uma abordagem teórica contra-hegemônica, sustentada, sobretudo, pelos saberes produzidos pelo campo da saúde mental ante a psiquiatria.

LASF em movimento!

Segundo Santana (2012), a partir do momento de ingresso em uma liga, o discente amplia o seu senso crítico e raciocínio científico, agregando valores à formação acadêmica e pessoal, incluindo vários aspectos já citados, dentre eles a atuação junto à comunidade e o compromisso com transformação social.

Para contribuir com essa mudança social, desde a dimensão mais local até o contexto nacional, a formação em saúde deve acontecer de forma vasta e multifacetada, sendo capaz de perceber a realidade na sua complexidade e só assim efetivar-se de forma dialógica, participativa e horizontalizada com toda a comunidade e todos os tipos de população. Diante disso, para nós, participar da Liga Acadêmica é também uma forma de se instrumentalizar para mobilizações em questões internas à Universidade, bem como para reivindicações e atuação no território e no país.

A LASF também pauta a participação política, pois estudar é um ato político, pertencer ao nicho da universidade pública federal é um privilégio, logo é preciso contribuir para modificação social, compreender o sistema político-governamental do Brasil e participar com consciência e criticidade da democracia. Dessa forma, agimos em defesa da Educação, Ciência e Tecnologia, da liberdade e autonomia das universidades e de uma educação pública e de qualidade junto aos demais setores da sociedade.

Partindo desses pressupostos, destacamos a realização de pesquisas, os debates empreendidos, as discussões e a decisão coletiva por participarmos dos atos de mobilização estudantil contra o corte orçamentário de aproximadamente 30% dos recursos para a educação, destinados ao pagamento de atividades essenciais para manutenção da vida universitária, em 2019. Essa mobilização tinha ainda como pauta o enfrentamento à privatização e à reforma da previdência a ser aprovada no país. Esse momento contou com a participação de estudantes e professoras/es da universidade, institutos federais e escolas em todo o Brasil.

A conjuntura de crise política e econômica e as medidas de austeridade que vêm sendo adotadas desde 2016 no Brasil desestruturaram a educação pública e afetam diretamente a vida das pessoas, mas também a universidade, a economia em seus diversos níveis, o desenvolvimento e a saúde da região do Recôncavo, e a nós estudantes. Destacamos que somos parte das novas universidades públicas, que estão somadas ao conjunto de instituições de ensino responsáveis por grande parte das pesquisas em ciência e tecnologia do país, frutos da Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), interiorização das universidades, dos novos modelos de ensino e da descentralização do saber.

Compreendemos que a Liga é também um espaço de exercício da nossa formação ética, política e crítica, enquanto futuros/as profissionais, para além dos serviços públicos de saúde, mas, também, da realidade socioeconômica e sanitária da população. Defender o SUS, o direito de todas e todos à saúde, defender a Saúde da Família é reconhecer os determinantes sociais da saúde e participar ativamente dos enfrentamentos e tensionamentos enquanto sujeitos estratégicos, políticos, engajados e protagonistas da mudança.

A LASF se debruça sobre a Saúde da Família e SUS, que estão diretamente ligados a outras áreas do saber, à intersectorialidade, às interseccionalidades, ao diálogo com os diversos atores/atrizes sociais, trabalhadores/as ou não da saúde, valorizando as políticas públicas de Educação, Saúde, Segurança Pública, Infraestrutura e tudo mais que esteja relacionado ao amplo conceito de saúde, integralidade do cuidado, dignidade humana e complexidade da vida.

A valorização da vida, das existências, das categorias de trabalhadores/as, dos direitos, da qualidade de vida, prevenção e redução dos agravos em saúde estão intimamente ligados ao posicionamento político e engajamento dos/as ligantes, ao controle e participação social, à defesa e fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) e, por conseguinte, de todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), estreitando laços com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e demais equipamentos sociais existentes.

Considerações finais

Com uma caminhada pautada na busca por uma educação e fazer em saúde centrada no cuidado, a LASF promove indiscutivelmente benefícios para a sociedade, já que sua força motivadora é a abertura de novos caminhos para uma prática interprofissional fundamentada na interdisciplinaridade e comprometida com o SUS, mediante a contribuição na formação dos/as estudantes que passam por ela. Em suas ações e vivências, podemos perceber que a Liga tem atingido seus objetivos, fortalecendo o tripé universitário, possibilitando – para além do ensino – um contato direto com a comunidade por meio da pesquisa e da extensão.

Atuando, ao mesmo tempo, como ferramenta de defesa e fortalecimento do SUS, a LASF-Recôncavo demarca seu espaço como agente transformadora da realidade. Em cada projeto executado e em cada sessão apresentada, criamos uma nova lente-olhar, promovendo a construção de perspectivas conjuntas, orientadas para a busca de uma nova forma de fazer saúde e de manejar o cuidado. Isso se torna ainda mais importante frente ao movimento de desvalorização da educação pública brasileira e ao processo de sucateamento do SUS.

A LASF também tem possibilitado aos seus integrantes a compreensão do funcionamento e da organização da APS, por meio do contato prévio com a dinâmica de trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional, valorizando a importância do olhar interprofissional e enfatizando a necessidade deste para o cuidado integral ao/à paciente, bem como por meio da aproximação dos/as discentes com a rede de saúde municipal e a realidade socioeconômica e sanitária da população do Recôncavo da Bahia. Isso reflete a contribuição que esta Liga tem dado para o processo de qualificação e luta da APS, mesmo em tempos de retrocesso como os que temos vivido.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. (Orgs.). **Enfermagem e saúde do adulto**. São Paulo: Manole, 2006.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, D. P. S. P *et al.* Teoria da aprendizagem significativa como proposta para inovação no ensino de enfermagem: experiência dos estudantes. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 5, n. 1, p. 186 - 192, abr. 2015.

CAVALCANTE, A. S. P *et al.* As Ligas Acadêmicas na Área da Saúde: Lacunas do Conhecimento na Produção Científica Brasileira. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 1, p. 199-206, jan. 2018.

FORTE, F. D. S. *et al.* Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, SP, v. 20, n. 58, p. 787-796, 2016.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

LASF-RECÔNCAVO. **Estatuto da Liga Acadêmica de Saúde da Família do Recôncavo da Bahia**. Santo Antônio de Jesus, BA, 04 out. 2018.

MARIN, M. J. S. *et al.* . Aprendendo com a prática: experiência de estudantes da Famema. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 90-96, abr. 2007.

QUEIROZ, G. V. R. *et al.* A influência da liga acadêmica como ferramenta na formação em saúde: um relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 40159-40203, 2020.

SANTANA, A. C. D. A. Ligas acadêmicas estudantis: o mérito e a realidade. **Revista Medicina Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 1, p. 96-98, 2012.

SANTOS, J. I. A territorialização na Atenção Básica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, SP, v. 1, n. 21, p. 1345-1354, 2017.

TAVARES, M. F. L. *et al.* A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1799-1808, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA. **Projeto Pedagógico do Curso do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS)**. Reformulação Curricular. Portaria n°. 890/2014. Cruz das Almas: Ministério da Educação; UFRB, 2016. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br/ccs/images/AscomCCS/BIS/PPC/PPC-BIS---2017.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

Sentir: laboratório de sensibilidades

Larissa Nascimento Pinto
Ana Karolline Oliveira Caldas
Gabrielle de Almeida Ferreira
Ádna Caroline dos Santos Almeida
Raícia dos Santos Carneiro
Lidiane de Fátima Barbosa Guedes
Monique Araújo de Medeiros Brito
Evelyn Siqueira da Silva
Ana Maria Freire de Souza Lima
Frederico Borges de Andrade
Millen Carvalho Cerqueira da Silva

Introdução

Como contar uma história? Às vezes não encontramos palavras que consigam exprimir tudo que uma experiência significa para nós. É por isso que nada substitui o sentir. Estamos aqui, estudantes e professoras numa voz unificada, para compartilhar um pouco dos caminhos percorridos na constituição do projeto de extensão "SENTIR: Espaço de Vivências do Sensível na Formação em Saúde", por meio de histórias que poderão ser revividas no ato da escrita e também da leitura.

Partimos da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) levando na mala desejos e alguns temperos do Recôncavo para as terras de Caruaru, Pernambuco. O curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) nos presenteou com o I Encontro Nacional sobre o Sensível nas Graduações em Saúde - ENSENSI: A (Re)existência do Sensível. Essa mistura do dendê baiano com o barro pernambucano gerou uma artesanaria do saber na potência de afetarmos e sermos afetadas. Uma textura ainda sem verbo nos ligou como um imã, que reconhece o que pode aproximar e afastar para compor uma liga potente. O cheiro da chuva molhando o chão

batido, o encontro generoso e sensível com a UFPE, as prosas com os novos e velhos amigos sobre o que mudaria em nossas vidas depois do ENSENSI.

Pisamos novamente em terras baianas decididas a cultivar essa experiência. Assim, a flor amarela do mandacaru foi plantada no Recôncavo da Bahia. Brotava, então, o SENTIR, Laboratório de Sensibilidades da UFRB. O nome "SENTIR" (Figura 1) surgiu em um momento de muita descontração e espontaneidade, e representou o esforço de criarmos uma identidade que despertasse uma conexão imediata com o sensível.

Figura 1. Logomarca do Grupo SENTIR.



Fonte: Mariana Blinder (2019).

Na UFRB, o Laboratório de Sensibilidades, enquanto projeto de extensão, foi criado no âmbito do curso de Medicina, trazendo a marca da interdisciplinaridade e contemplando discentes dos cursos de Medicina, Psicologia, Nutrição, Enfermagem e Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, além de docentes do Centro de Ciências da Saúde (CCS). O projeto pauta a arte como princípio norteador para uma educação que visa ativar a dimensão do sensível, distribuída em 5 eixos: 1) Expressão Corporal, Dança e Música; 2) Fotografia; 3) Cinema e Vídeo; 4) Teatro e Música; 5) Práticas Integrativas em Saúde. A partir desses eixos de ação, conduzimos nossa práxis no processo de inserção do sensível na formação em saúde a partir de outras racionalidades e dispositivos, que nos permitem entender o corpo em suas dimensões criativas e terapêuticas.

Com sua formalização, o SENTIR acolheu os/as primeiros/as estudantes bolsistas e, em seguida, chegou o momento do processo seletivo para estudantes extensionistas. Foram tantas inscrições que ficamos alegres, surpresas e, em seguida, apreensivas: como selecionar dentre 30 pessoas, apenas algumas? Como deixar de fora estudantes que buscam experimentar o sensível na sua formação em saúde, quando o nosso maior desejo era acolher?

A partir e com essas inquietações, construímos o nosso primeiro "processo inclusivo". A ideia principal foi desenvolver um processo que agregasse a experiência do nascimento do SENTIR, simbolizado pelo "barro de Caruaru" e todas as simbologias dessa gênese, com o momento de conhecer os/as estudantes que vieram a compor a primeira turma do SENTIR. Fizemos uma roda, no meio da qual um bloco de barro foi passado de mão em mão, e a partir do sentimento da textura desse barro, cada pessoa era provocada a falar sobre sua origem, a partir das questões "De onde eu vim?", "Quem eu sou?", "O que me traz aqui?", "O que eu trago aqui?".

Em seguida, exploramos o compartilhamento dos sentidos de uma imagem/fotografia, que cada participante trouxe para a roda, a partir de outra pergunta disparadora: "O que me faz SENTIR?". Cabe destacar que essa pergunta vem se consolidando como uma marca do nosso grupo, e esteve presente em todos os encontros desde então.

A partir desse encontro e formação do primeiro grupo, nasceu "oficialmente" o SENTIR dentro do CCS-UFRB! Das diversas reflexões e pactuações, houve a construção do que chamamos de "Ética Retirante", inspirada nas andanças do nosso povo nordestino, e do princípio "*Eu não retiro do outro, retiro de mim para doar ao outro. Dar-encontro-Vida*". Esse é um retirar não para deixar na falta e nem porque está sobrando. Aquilo que é compartilhado vem justamente desse encontro potente que faz transbordar e cria novas linhas de força-potência que conectam corpos humanos e não humanos (LATOURET, 1997) que tiveram ativada a sua vibratibilidade, passando a sentir:

A alteridade em sua condição de campo de forças vivas que nos afetam e se fazem presentes

em nosso corpo sob a forma de sensações. [...] O outro é uma presença que se integra à nossa textura sensível, tornando-se, assim, parte de nós mesmos. Dissolvem-se aqui as figuras de sujeito e objeto, e com elas aquilo que separa o corpo do mundo (ROLNIK, 2006, p. 12).

Corpo que sente

Guiados pelo princípio da Ética Retirante, ao longo do semestre nós não só entendemos a dimensão do sensível, como transformamos os nossos corpos em corpos hipersensíveis que se colocavam disponíveis “às vibrações e aos ritmos dos outros corpos” (GIL, 2004, p. 25).

As atividades iniciais buscaram nos despertar para a existência dos nossos próprios corpos e para as percepções e sensações que os compunham, fazendo-nos perceber aquilo que Suely Rolnik (2004) nomeia como a tendência de desativação dos nossos corpos vibráteis em virtude do esmagamento provocado pelas cobranças produtivistas típicas de uma sociedade capitalista que não nos permite elaborar nossas vivências, resultando, assim, em um estado de coma.

No final do semestre, com o aprofundamento do sentir em nossos corpos sensíveis, o desejo do grupo era levar um pouco das nossas experiências para a comunidade do CCS de forma mais abrangente, apresentando-nos enquanto um grupo de extensão que percebia a saúde de forma ampliada, por meio da linguagem simbólica e potente da arte, como uma forma de despertar e cuidar dos corpos. Depois de estudos teóricos e vivências, surgiu a ideia de criar “Luca” para questionar: O que faz o CCS Sentir?

Luca era um manequim, sem sexo, sem símbolos, sem identidade. Assim, pensamos que esse corpo, a princípio sem vida, poderia se tornar vibrátil e coletivo, caracterizando-se, então, como o corpo do SENTIR. A partir dessa proposta, Luca foi levado à entrada do CCS, segurando a pergunta disparadora “O que te faz sentir?”. Convidamos os transeuntes a escrever e colar suas respostas neste corpo, produzindo uma vibração conjunta de diferentes corpos ao

som do forró e outras músicas regionais. Corpos que antes apenas passavam solitários afetaram Luca e lhe deram vida, na troca do *ser junto*, expressando sorrisos, surpresas, curiosidades, sensações e pensamentos escondidos por meio de escritas no corpo do SENTIR. Docentes, discentes e toda comunidade acadêmica vibravam na construção de um corpo vibrátil coletivo.

Após interagir com Luca (Figuras 2 e 3), a pessoa também era convidada a escrever e colocar em uma urna como ela gostaria de “ser cuidada” no CCS, para, assim, iniciarmos um movimento de reflexão do cuidado de si e do outro e, por efeito, propiciar um desvio da tendência de desativação.

Figura 2. “Luca” durante processo coletivo de reflexão.



Fonte: Larissa Pinto (2018).

Posteriormente, o material gerado por essa ação foi compilado e analisado pelo grupo, sendo este um processo muito significativo por proporcionar a percepção da singularidade do que faz cada pessoa sentir, sendo, na maioria das vezes, coisas simples a que nos esquecemos de dar atenção na “correria” do cotidiano. Despertar a reflexão sobre o sensível no CCS é um desafio e Luca contribuiu de maneira fundamental para isso, conseguindo

acolher um grande número de estudantes, professores/as e demais trabalhadores/as. Durante essa ação, diversas pessoas passaram a conhecer o nosso grupo e algumas delas se tornaram integrantes nos semestres seguintes.

À uma temática “Como você gostaria de ser cuidado no CCS?” revelou necessidades da comunidade acadêmica que variaram desde receber um bom dia, passando por momentos de diversão e questionamentos que indicassem cuidado por parte de outros, até maior atenção e ajuda por parte dos professores e colegas para pessoas em sofrimento mental. Sabemos que a universidade é um ambiente estressante e adoecedor, e que com o apoio coletivo e iniciativas através das ações extensionistas, por exemplo, podemos instituir espaços e experiências de cuidado de si e do outro.

Figura 2. Manifestações escritas: o SENTIR no corpo.



Fonte: Larissa Pinto (2018).

Olhar vibrátil

Embasados pelos sentidos e percepções do “corpo vibrátil” de Suely Rolnik (2004), e para desenvolver e implementar uma racionalidade voltada para os olhares e a imagética, no segundo ano do projeto, realizamos uma oficina, nomeada “Do Corpo Vibrátil ao Olhar Vibrátil”, por meio da qual buscamos a transição das dimensões do corpo para os olhares, sem nos desligar do conceito de vibratibilidade que nos faz entender que este espaço se constitui como um dispositivo

terapêutico que abre o corpo, intensifica suas forças, possibilita o seu contágio com o mundo e permite a (re)existência dos afetos entre os corpos e espaços (GIL, 2004).

O segundo ano do projeto de extensão foi marcado pelo início dos trabalhos com o eixo fotografia e audiovisual, tendo como pano de fundo a perspectiva do olhar vibrátil, em uma travessia das palavras às imagens produzidas pelas diversas lentes da existência.

A oficina idealizada e mediada pelo psicólogo e artista Millen Carvalho (Figura 4), por meio dos sons produzidos para "Exu", orixá africano, possibilitou a mistura de corpos, olhares, linhas e expressões, mexendo com o nosso sentir. Ele reconfigurou a sala de aula, enfeitando com os seus movimentos os nossos corpos. Entrelaçou vozes, olhares e gestos em comunicação com o mundo a sua volta, numa espécie de encantamento balbuciante, que ia de ouvido para ouvido e dialogava com as intimidades daquele processo. O grupo foi provocado para a análise do que a imagem produz em nós, a análise das diferentes câmeras artificiais e biológicas existentes no mundo, o olhar para a luz e sombra necessárias para esse olhar vibrátil.

Figura 4. Psicólogo e artista Millen Carvalho.



Fonte: Fred Borges (2019).

A ideia era "lutar efetivamente com o caos, para fazer surgir nele uma visão que ilumina-se por um instante, uma Sensação" (DELEUZE; GUATTARI, 2010, p. 262). Para isso, foram usados lápis coloridos,

distribuídos na sala ao longo do ritual. Millen, ou "Exu-de-si", dançava e riscava um papel metro colado na parede. O ritmo dos toques de atabaque agitava seu corpo, agitava nossos olhos, produzindo em certos instantes desvios para dentro de nós, uma espécie de rever a si mesmo, mudar a vista do ponto. Exu, na religião afro-brasileira, é aquele que comunica, o mensageiro do panteão africano, que faz das encruzilhadas grandes mundos. Era isso que o processo criativo daquela arte desejava em nós: produzir uma encruzilhada de mundos e, assim, ativar em nós essa passagem do Corpo Vibrátil e Olhar Vibrátil.

Durante sua performance, Millen nos convidou à intimidade, nos levando para a encruzilhada de diferentes mundos do processo criativo e simbólico. Inspirados por cores, formas e sons, juntos construímos afetos, o simples tornou-se grandioso e potente. Por ter sido a primeira oficina após o processo inclusivo de 2019.2, a forma como foi conduzida trouxe acolhimento. As linhas que foram traçadas pela união das nossas mãos construíram o laço do SENTIR.

Atravessadas por forças intuitivas, vestimo-nos de riscos e fabricamos coletivamente um rosto no papel. Apesar das mãos diversas, o desenho se fez da soma de todas: único e rico de significados e símbolos, capaz de traduzir em cores e formas a sensibilidade das reações nessa brecha do tempo.

Ao finalizar a arte coletiva (Figuras 5 e 6), passamos a observá-la e, ao mesmo tempo, senti-la através da música, do corpo em movimento e dos sentidos que ali se encontravam tão aguçados, em todos os seus formatos e significados, o que, para cada pessoa presente, representou algo ou alguém. Olhar os riscos, os furos e linhas diversas, olhar o mundo riscado. Um mundo encantado por todos aqueles traços, posto das profundezas às superfícies daquele papel metro colado no quadro branco da sala de encontro do SENTIR. Nas palavras do próprio Millen:

O corpo é uma abertura, com linhas se traçam os rostos nos corpos: a criança, os idosos, os não humanos, o sagrado e o profano. O 'rosto é um risco'. Produzir um rosto é nomear um corpo,

fazê-lo no mundo. O espaço entre um traço e outro no rosto é sua parte sensível. Parte por onde vibram as cores: dobras sensíveis entre nariz e bochecha, entre nariz e lábios, entre sobrancelhas e olhos. Pintar um rosto é riscar as formas ou pôr em risco, uma mão põe em risco o corpo, muitas mãos riscam o corpo. Riscam muitos. O rosto é a parte no corpo, o corpo é por onde o rosto entra. Logo, todo risco é a vontade de potência do corpo em perseverar sua própria existência (CARVALHO, Millen, diário de campo, 2019).

Figura 5. Arte Coletiva.



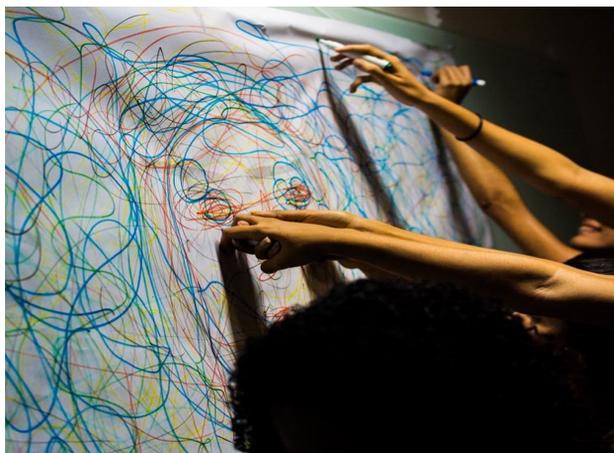
Fonte: Fred Borges (2019).

Ao fazer essa análise dos sentidos e significados da arte construída, fomos levados a refletir sobre as formas e sentidos representados pelo rosto. Refletir sobre os diferentes traços que compõem a nossa formação em saúde, quais espaços estão cheios de traços diversos e outros verdadeiros vazios na folha. Será que nessa folha temos diversidades de cores ou ainda vivemos uma formação monocromática, em que apenas um tipo de discurso se sobrepõe? Também refletimos em relação à intensidade com que essas linhas estão sendo forjadas em nossos corpos, dialogando com a importância da formação significativa e problematizadora, com humanização na

formação e na atuação profissional em saúde através dos olhares vibráteis para o mundo, para nós mesmos, para nossos/as futuros/as pacientes ou usuários/as.

Também analisamos para quais rostos os portões universitários estão abertos, ofertando esse novo mundo de linhas e cores. Ao pensar sobre o assunto, reafirmamos que, infelizmente, no nosso país existe ainda uma predominância de raça, gênero e classe social nesses rostos. Isso nos faz refletir mais sobre como promover dentro do nosso contexto projetos que acolham e potencializem a formação dessas maiorias minorizadas dentro das esferas universitárias, com destaque às políticas afirmativas e de acesso à reserva de cotas para diversos grupos em nossa região.

Figura 6. Arte Coletiva em construção



Fonte: Fred Borges (2019).

Considerações finais

O encontro entre o curso de Medicina da UFRB e o curso de Medicina da UFPE, mediado pelo saber que emerge do fazer artístico como propulsor de tecnologias de cuidado, tem produzido reverberações nos modos de operar a formação em saúde no Recôncavo Baiano.

Uma semente germinada no agreste pernambucano atravessou fronteiras, brotou na UFRB e continua a se espalhar pelo Brasil, consolidando-se através de diversos Laboratórios de Sensibilidades em Universidades que experimentam, teorizam, constroem conhecimento e assim desenham uma nova racionalidade dentro da formação em saúde.

Para além da compreensão teórica, essas experiências têm nos possibilitado vivenciar e refletir com o cotidiano das oficinas, convocando-nos a sentir a nós mesmos/as e aos/as outros/as. Revelou-se para nós, então, o caráter complexo do processo formativo e do fazer em saúde a partir de um outro lugar, um fenômeno diverso e singular ao mesmo tempo, coletivo e individual.

Inspiradas por Paulo Freire (1983), para quem a verdadeira educação traz consigo a experiência da libertação dos sujeitos, entendemos como potencialmente libertadoras as práticas em saúde que inspirem arte e expirem transformação e autonomia. Experiências como essas reforçam a importância da inserção de outras linguagens na formação em saúde, para a ampliação do olhar e do cuidado, convergentes com a concepção ampliada de saúde preconizada pelo SUS. É por meio dessas vivências que nós podemos exercitar a nossa capacidade criativa, reflexiva, sensível e transformadora das relações e da realidade.

O Laboratório de Sensibilidades da UFRB proporciona aos/às seus/suas integrantes, um espaço para novas produções de si e de mundo, ressignificando e ampliando sua potência sensível de expressão e criação, o que está em consonância com uma série de propostas de reforma educacionais que chamam a atenção para a necessidade de integração entre os diversos saberes e fazeres das culturas científicas, artísticas, corporais e humanísticas (GUZZO *et al.*, 2019), fazendo emergir uma práxis teórica e metodologicamente inventiva e plural.

Compartilhar as experiências e evidenciar os nossos avanços e potencialidades é reafirmar a necessidade de espaços curriculares e extracurriculares para formação de competências dos/as discentes e

docentes em relação ao sensível. O projeto está diretamente ligado a políticas públicas, como a Política Nacional de Humanização (2003) e a Política de Promoção da Saúde (2002), em conformidade com as Diretrizes Curriculares (1996) dos cursos de saúde vigentes. Dessa forma, poderemos influenciar o fazer da saúde, desde a atuação na graduação, nas comunidades e em futuros campos de atuação profissional, criando novas possibilidades para um fazer clínico atravessado pelo sensível.

O projeto de extensão SENTIR reverbera experiência viva, dinâmica, em processo de (re)criação constante e que continua a ativar olhares, sensações e ações sensíveis em nós. Este relato é apenas um recorte dessa história, de como nascemos e de algumas vivências e reflexões que escolhemos aprofundar aqui, dentre tantas vividas nesses dois anos neste laboratório de sensibilidades. As possibilidades se ampliam a cada novo encontro e o mergulho em nós mesmos/as continua, assim como o crescimento desse movimento de intersecção entre a saúde, a arte e a educação. Esse encontro possibilita para nós um (re)encontro conosco, flexibilizando antigas formas de pensar sobre a vida e a saúde. É assim que convidamos outras pessoas a entrar nessa roda viva conosco, por meio de um processo que pretende se manter sempre inclusivo a cada nova turma, e seguirmos experimentando novas sensações em nossos corpos, olhares e formações vibráteis. Bem-vindos e bem-vindas a essa aventura com Ética Retirante!

Referências

BRASIL. Lei n°. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996, Seção 1, p. 27833.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: MS, 2002.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** São Paulo: Editora 34, 2010.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GIL, J. N. **Corpo, arte e clínica**. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

GUZZO, M. *et al.* Diary of the journals: the everyday of sensitive writing in the shared formation in health. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, SP, v. 23, p. e170705, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100508&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 jul. 2020.

LATOUR, B. On actor-network theory: A few clarifications. **Soziale Welt**, Jahrg., n. 47. p. 369-381, 1996. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/40878163>. Acesso em: 23 abr. 2019.

ROLNIK, S. B. "Fale com ele" ou como tratar o corpo vibrátil em coma. In: FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S. (Orgs.). **Corpo, arte e clínica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p. 231-238.

ROLNIK, S. B. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006.

Pet-medicina: capacitação em RCP

*Abdias de Souza Alves Júnior
Bruno Carvalho Marques
Edemilton Ribeiro Santos Júnior
Sibele de Oliveira Tozetto
Clara Maia Bastos Lírio*

Introdução

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído pelo Ministério da Saúde (MS) através das portarias GM/MS nº. 421 e nº. 422, de 03 de março de 2010, surgiu no Brasil como uma ferramenta integradora do eixo ensino-serviço-comunidade de profissionais e graduandos/as da área de saúde, a partir dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010; BRASIL, 2018).

As constantes atualizações nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e a visão do trabalho interprofissional como um dos caminhos para a oferta de cuidado qualificado enfatizam a importância que projetos como o PET-Saúde têm no cenário acadêmico e, principalmente, para a população assistida (REEVES, 2016). O PET-Saúde tem três principais objetivos: mudanças curriculares alinhadas às DCNs; qualificação do processo de integração entre o ensino-serviço-comunidade; e articulações com outros projetos nos territórios. Nesse contexto, em uma pesquisa feita pelo Ministério da Saúde (MS) com os coordenadores dos 105 projetos PET-Saúde aprovados no Brasil em 2015, o objetivo mais alcançado foi o da articulação ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2018).

Em abril de 2016, foi lançado pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus, BA, o edital nº. 01/2016 para a seleção de discentes para o PET-Saúde/GraduaSUS 2016-2017, selecionando cinco subprojetos dos cursos de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), Nutrição, Psicologia, Enfermagem e Medicina (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2016).

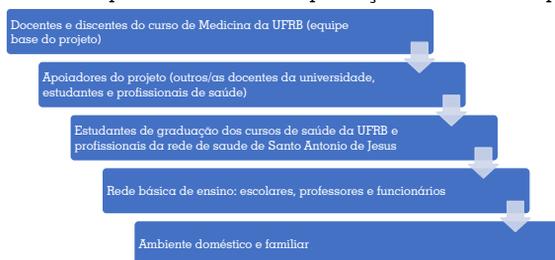
No contexto da implementação desse programa, o curso de Medicina da UFRB estava em funcionamento há três anos e as relações do curso com os serviços de saúde na região ainda se mostravam fragilizadas. Logo, a inserção do projeto conjunto entre a universidade e a gestão local apresentava-se como avanço no estabelecimento de futuros campos de prática.

Congruente com essa integração Universidade/gestão, os subgrupos eram compostos por tutores/docentes, preceptores/profissionais de saúde e discentes bolsistas/voluntários. As Unidades de Saúde da Família (USFs) e o Centro de Ciências da Saúde (CCS), localizados na cidade de Santo de Antônio de Jesus (BA) constituíam, respectivamente, os principais campos práticos e teóricos dos projetos (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2016).

A conformação desse grupo e as unidades que foram selecionadas sofreram alterações ao longo dos dois anos de funcionamento, em decorrência de: 1) readequações da coordenação geral do PET-Saúde/GraduaSUS; 2) readequações na coordenação do PET-Saúde/Medicina; e 3) mudanças na gestão municipal, que impactou na saída de alguns/algumas profissionais da rede.

O PET-Saúde/Medicina teve como objetivo a capacitação de leigos/as em Suporte Básico de Vida (SBV), especificamente no que se refere à Reanimação Cardiopulmonar (RCP), através da criação da onda de capacitação. A onda de capacitação consiste na adoção de níveis hierarquizados de responsabilidade social, nos quais um indivíduo capacita o outro. A Figura 1 ilustra os níveis hierarquizados de capacitação como foi idealizado no projeto.

Figura 1. Níveis hierarquizados: ondas de capacitação e cadeia de responsabilidades.



Fonte: Elaborada pelos/as pesquisadores/as (2020).

Essas medidas são cruciais para a identificação precoce e condutas assertivas diante de uma parada cardiorrespiratória (PCR). Estima-se uma média de 200.000 PCRs/ano no Brasil, sendo que metade desses casos ocorre em ambientes extra-hospitalares, e é por esse motivo que uma população treinada em RCP tem forte impacto na sobrevivência desses/as pacientes (AHA, 2015; GONZALEZ *et al.*, 2013).

Logo, este trabalho tem o objetivo de relatar as experiências e vivências proporcionadas pelo PET-Saúde/Medicina da UFRB em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus, BA, no período de abril de 2016 a abril de 2018.

Metodologia

O projeto foi aplicado em onze Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Santo Antônio de Jesus, BA, no período de abril de 2016 a junho de 2018. Elas foram selecionadas de forma aleatória, com o intuito de atingir, no mínimo, duas USFs por microrregião, sendo que esses locais não poderiam ter passado por um processo de qualificação em RCP anteriormente. Em três das unidades selecionadas foi possível ocorrer o acompanhamento longitudinal das atividades do PET-Saúde Medicina, com a capacitação de profissionais de saúde e treinamento em escolas da comunidade adstrita. Nas demais unidades, o treinamento ocorreu somente com a equipe, devido à quantidade reduzida de estudantes para auxiliar na extensão da atividade para as escolas.

O treinamento em RCP – realizado pelos/as estudantes de Medicina com a equipe de saúde – foi dividido em dois dias: i) realização do pré-teste, seguido de treinamento em RCP em grupo e realização do pós-teste; ii) realização das manobras de RCP individualmente e aplicação do instrumento *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE). As oficinas de RCP foram realizadas nas salas de convivência das próprias USFs, uma vez que necessitavam de uma abordagem coletiva inicial de simulação da técnica e discussão de casos clínicos realísticos, para que ocorresse a avaliação individual posteriormente.

Essa metodologia também foi empregada por Santos *et al.* (2019), com profissionais da Estratégia de Saúde da Família em Viçosa, Minas Gerais, onde os/as pesquisadores/as utilizaram metodologias de simulação realística para que fosse alcançada uma maior absorção e fixação do conteúdo, o que favoreceu um processo de qualificação mais fortalecido nos conhecimentos e habilidades.

No primeiro momento do treinamento, foi solicitado aos/às profissionais que respondessem ao questionário pré-teste, que continha dez questões de múltipla escolha referentes às etapas do Suporte Básico de Vida (SBV) ao/à paciente em PCR em ambiente extra-hospitalar. Após a realização do primeiro teste, o grupo era convidado a participar de um treinamento em RCP, com manequins e simulador do Desfibrilador Externo Automático (DEA), que durava cerca de 1h30min, envolvendo toda a equipe e, posteriormente, o grupo era dividido em unidades menores, contando com um instrutor/estudante do PET-Saúde Medicina para a mediação.

Foi sinalizado aos/às profissionais quais passos deveriam ser seguidos ao se depararem com uma PCR, que incluía, entre outros, a observação da segurança do cenário de uma possível vítima de PCR (MAIA *et al.*, 2020). Posteriormente, o profissional foi orientado a verificar a ausência de responsividade do paciente, estimulando o seu ombro contralateral, de forma que houvesse um estímulo sonoro e tátil, para avaliação do seu nível de consciência. Após isso, orientava-se os/as profissionais a observarem a respiração da vítima, a partir da expansividade torácica, no plano paralelo e tangencial. Por fim, o profissional foi guiado, ao constatar tais alterações e identificar uma PCR, a delegar funções para quem estivesse perto, como a ligar para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e iniciar as compressões torácicas (AHA, 2015; SANTOS *et al.*, 2019).

Segundo a *American Heart Association* (AHA) (2015), a melhor eficácia durante a realização da manobra de RCP decorre de algumas configurações, como: posicionamento ao lado da vítima, de maneira que proporcione uma angulação perpendicular quando realizada a compressão torácica; distanciamento métrico entre os joelhos, para alcançar uma base segura de equilíbrio; e utilização da região

hipotenar de uma mão sobre o esterno, enquanto que a outra entrelaçasse na porção superior da mão que está em contato com o corpo da vítima, com o intuito de realizar a compressão torácica.

A realização de compressões torácicas efetivas é imprescindível para a aplicação adequada da manobra de reanimação cardiopulmonar, logo, foi ratificado que seria necessária a execução da frequência mínima de 100 compressões por minuto, bem como a máxima, que equivale a 120 compressões por minuto. Além disso, alertamos sobre a importância de uma depressão torácica de cinco a seis centímetros, com o retorno completo a cada compressão. Por ser uma atividade exaustiva, foi orientada a troca de pessoas durante os ciclos de dois minutos, a fim de estimular o trabalho em equipe e o aprendizado por experiência (AHA, 2015; SANTOS, 2018; MENDES, 2019).

Ao final da intervenção/treinamento, os/as participantes eram convidados/as a responderem ao pós-teste (com questões iguais ao pré-teste). A metodologia utilizada pretendia avaliar o conhecimento prévio dos/as profissionais sobre RCP e verificar, com o pós-teste, se houve efetividade no treinamento realizado. A realização de tais testes fazia parte de uma pesquisa a ser elaborada pelo grupo, cujos resultados não estão contemplados neste trabalho.

No segundo dia, que era realizado uma semana após o primeiro encontro, os/as participantes eram convidados/as, um/a por vez, em um ambiente privado da própria unidade, a reproduzir o treinamento de RCP, e era então avaliado seu desempenho por meio do instrumento OSCE. Este recurso era dividido em sete etapas a serem executadas pelo/a avaliando/a, e contemplava o SBV a pacientes em PCR, desde o reconhecimento da situação, o acionamento do SAMU até o início das manobras de RCP, assim como foi realizado no treinamento.

O instrumento possuía três categorias de avaliação, cujas etapas percorridas pelo avaliando poderiam ser julgadas como adequada, inadequada e não realizada. Caso o desempenho do/o participante na etapa fosse adequado, este/a recebia dois pontos, se inadequado um ponto, e se não realizado, não pontuava. Era admitido um percentual mínimo de acertos (75%), com intenção de balizar a aptidão dos/as profissionais e a eficácia do treinamento. Ao fim, era discutido com

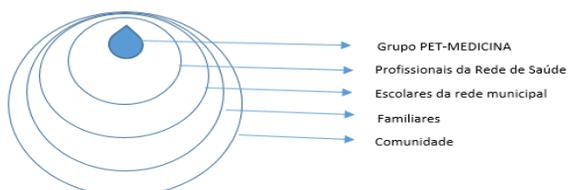
o/a participante os seus possíveis erros e era repassado como seria a forma correta. Todas as atividades foram registradas como atividades de extensão, na UFRB, e os/as profissionais receberam a certificação referente a sua participação.

Após o treinamento em RCP com as equipes, que se constituiu como a última etapa desse momento formativo com os/as profissionais de saúde, foi realizada uma capacitação com os escolares da rede municipal de Santo Antônio de Jesus, BA, especificamente nas escolas adstritas às unidades, sendo a mesma metodologia aplicada aos/as profissionais de saúde. Dado o esforço mútuo dos sujeitos, tanto os/as acadêmicos/as quanto as equipes de saúde, foi possível realizar a onda de capacitação de forma plena até o seu terceiro nível (PET-Medicina capacita profissionais de saúde que capacitam escolares).

Relatando as experiências

A relação estabelecida entre os sujeitos, diante de tamanho esforço no compartilhamento de conhecimentos, resultou no estabelecimento de fortes vínculos. Essa relação de confiança possibilitou avançar no projeto, iniciando as propostas da onda de capacitação, que necessitava do apoio das equipes para funcionar. Desse modo, houve o entendimento de que a capacitação, como responsabilidade social, envolve compartilhar o conhecimento, ou seja, ser uma gota que se mistura nessa onda de capacitação, logo, para não perpetuar um processo hierarquizado, foi necessário repensar o modelo proposto, tendo como resultado o esquema da Figura 2.

Figura 2. Onda de capacitação.



Fonte: Elaborada pelos/as pesquisadores/as (2020).

A capacitação em RCP contou com manequins para a simulação, que foram utilizados durante as discussões de casos clínicos e repetições da técnica, uma vez que auxiliam na execução e aprimoramento das habilidades (MAIA *et al.*, 2020). Essa metodologia foi bem aceita pelos/as profissionais das USFs, bem como pelos/as educandos/as das escolas municipais, já que conseguiam vincular a atenção e dinamizar o ensino.

Os treinamentos com simulações realísticas, casos clínicos e manequins estimulam o processo de ensino-aprendizagem e absorção do conhecimento por leigos/as e profissionais, visto que as competências trabalhadas aprimoram as habilidades, bem como as singularidades encontradas durante a construção pedagógica (MARQUES; DIAS; ARAGÃO, 2019).

A utilização do simulador do Desfibrilador Externo Automático (DEA) foi uma aquisição essencial para as oficinas do PET-Medicina, já que a ausência desse equipamento nos serviços de saúde ou em outros locais de convívio social, como escolas e ambientes comerciais, acaba dificultando o acesso a tal tipo de qualificação (SANTOS, 2018). Essa observação também foi encontrada por Marques, Dias e Aragão (2019), em estudo da prevalência do conhecimento e aplicação da técnica de RCP por estudantes de Medicina da Universidade de Vassouras, os quais indicaram que a dificuldade do manuseio do DEA, por esses/as acadêmicos/as, estava vinculada à indisponibilidade no acesso ao equipamento.

Neste cenário, também foi necessária a repetição da execução adequada do DEA, com o intuito de familiarizar o seu manuseio com a prática, uma vez que sua disponibilidade pode vir a existir em seus ambientes de trabalho, ensino e convívio social, portanto, torna-se essencial (MAIA *et al.*, 2020). Sendo assim, o objetivo da onda de capacitação em RCP promovida pelo projeto do PET-Saúde Medicina estava ancorado na necessidade de treinamentos e execuções do reconhecimento de uma PCR, bem como do seu cuidado imediato.

O pensamento restrito a respeito da eficácia da atenção básica (AB) dificulta a expansão das suas potencialidades, contudo, ressalta-

-se a importância das vias pré-hospitalares, como as USFs, enquanto elos da rede de manutenção da vida, incluindo atendimento de urgência. Apesar da pouca demanda de PCR encontrada na AB, isso não significa que a qualificação desses espaços não seja necessária, visto que os Agentes Comunitários em Saúde (ACS) estão presentes na comunidade e podem ter mais acesso à atuação inicial da cena (IE; GARDENAL, 2019).

A tomada de decisões implica numa rápida deliberação organizacional do/a socorrista, logo, tanto o/a leigo/a quanto o/a profissional de saúde devem atentar-se para as decisões terapêuticas, nas quais quanto mais imediato o reconhecimento da PCR, melhor o prognóstico da vítima. Isso se dá em virtude de a RCP proporcionar o aporte contínuo de sangue oxigenado aos órgãos nobres do organismo (SANTOS, 2018).

Embora haja na figura da enfermagem o conceito de coordenador/a-geral, este/a não deve ser visto/a como o/a único/a responsável pelo socorro imediato em ambientes pré-hospitalares, como a AB. Deve haver o estímulo e empoderamento de outros/as agentes sociais no socorro imediato a pacientes em PCR, devido à necessidade de rotatividade nos ciclos de RCP, que auxilia na diminuição do tempo entre a parada e as intervenções terapêuticas (PERGOLA; ARAÚJO, 2009; SKALSKI *et al.*, 2020).

Entretanto, ainda há um enorme obstáculo entre o acesso do conhecimento de RCP e os ACS, sendo proporcionado por diversas variáveis, como: ausência de formação técnica em saúde e desvalorização do trabalho desses/as profissionais (SANTOS *et al.*, 2019). Sendo assim, as oficinas propostas pelo PET-Medicina foram estruturadas para atender esse público, com o intuito de auxiliar na qualificação desses/as profissionais, bem como na difusão do conhecimento necessário para a execução efetiva das manobras de RCP e do SBV.

A manobra de RCP é essencial para o aumento da possibilidade de sobrevivida, sendo assim, torna-se fundamental a qualificação de pessoas leigas, com o intuito de que auxiliem diante de uma situação de sinais de alerta de PCR (DIAZ *et al.*, 2019; MAIA *et al.*, 2020). A parti-

capacitação massiva dos/as profissionais de saúde foi um feedback muito positivo para a execução do projeto, já que foi identificada a criação de um vínculo que facilitou as intervenções educativas e compreensão da importância dos temas discutidos.

A criação do vínculo com os/as profissionais do serviço facilitou a extensão do projeto para as escolas, que ocorreu oriunda de uma construção coletiva, possibilitando maior autonomia dos/as profissionais no processo de trabalho, liberdade e o desejo em continuar participando das atividades do PET-Saúde. Nesse momento da onda de capacitação, os/as profissionais das USFs foram os/as facilitadores/as das oficinas nas escolas, assumindo o protagonismo da atividade.

A metodologia realizada com aos/as profissionais de saúde foi repetida nas escolas, envolvendo um treinamento teórico e prático, com aplicação de um pré e pós-teste, no intuito de verificar a compreensão dos conteúdos compartilhados (GUIMARÃES, 2011). Em revisão sistemática realizada por Barbosa, Santana e Nicolini (2020), foi identificado o frequente uso dessas ações metodológicas para a difusão do conhecimento a respeito da RCP, auxiliando no rápido aprendizado desses indivíduos. Além disso, a aplicação de simulações realísticas sobressaiu-se enquanto estratégia positiva para o entendimento correto da técnica.

Portanto, o ambiente escolar constitui-se cenário possível para aplicação dessa técnica, visto ser composto por espaços facilitadores da aprendizagem, podendo ser multiplicador desse conhecimento nos seus ambientes de convívio social, o que propicia uma difusão efetiva na comunidade na qual está inserido (CHAVES *et al.*, 2017; SILVA, 2019; CAMPOS JÚNIOR, 2020; RIBEIRO; SÁ; TJENG, 2020; MAIA *et al.*, 2020).

Considerações finais

A realização das oficinas de RCP constituiu-se como ação fundamental para a autonomia dos/as profissionais de saúde frente à PCR, de modo que propiciou uma qualificação efetiva para o atendimento de uma vítima. Concomitantemente a isso, o PET-Saúde

de Medicina foi importante no treino de escolares, estimulando-os a exercer a habilidade psicomotora e a responsabilidade social.

Contudo, não foi possível acompanhar o desfecho da onda de capacitação, que se estenderia para além dos/as escolares e envolveria suas famílias e comunidades, pois os treinamentos foram pontuais. Além disso, as equipes de saúde e os/as escolares não possuíam ferramentas para dar continuidade ao trabalho, entretanto, a difusão da onda de qualificação em RCP foi eficaz e poderá ser avaliada em outros estudos longitudinais.

Por fim, cabe ressaltar a importância da integração ensino-serviço-comunidade, por meio do PET-Saúde Medicina, como potente ferramenta de educação e cuidado, além da manutenção de projetos que visem à educação continuada para esses/as profissionais, que estão inseridos na rede de saúde, como também a extensão desses conhecimentos para a comunidade externa.

Referências

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Destaques das diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE**. São Paulo: AHA, 2015.

BARBOSA, H. G. D.; SANTANA, L. R.; NICOLINI, E. M. Avaliação do impacto e efetividade do treinamento de crianças em suporte básico de vida. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 99, n. 1, 56-61, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº. 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 mar. 2010, Seção 1, p. 53.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: Um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CAMPOS JÚNIOR, V. P.; RAMINELLI, G.; CARVALHO, A. A.; PARREIRAS, S. O. Educação em saúde para profissionais da educação sobre primeiros socorros: relato de experiência. **Revista Conexão UEPG**, Ponta Grossa, PR, v. 16, 2020.

CHAVES, A. F. M. *et al.* Reanimação cardiopulmonar nas escolas: avaliação de estratégia educativa. **Revista Expressão Católica Saúde**, Quixadá, CE, v. 2, n. 1, 2017.

DIAZ, F. B. B. S. *et al.* Relato de experiência do projeto de extensão Primeiros Socorros: educando a comunidade e os profissionais de saúde do município de Viçosa-MG e região. **ELO – Diálogos em Extensão**, Viçosa, MG, v. 8, n. 2, 17 dez. 2019.

GONZALEZ, M. M. *et al.* I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 2, supl. 3, p. 1-221, 2013.

GUIMARÃES, F. V. N. **Educação em saúde: Capacitação em primeiros socorros ambiente escolar.** 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga, MG, 2011.

IE, W. B. T.; GARDENAL, C. L. C. Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde em manobra de desengasgo: multiplicando ações em saúde em Unidade de Saúde da Família. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, SP, v. 21, n. 1, p. 33-38, 2019.

MAIA, S. R. T.; LEMOS, A. M.; FRUTUOSO, M. S.; ROLA JÚNIOR, C. W. M. Conhecimento dos leigos acerca da ressuscitação cardiopulmonar em pacientes adultos no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n.5, 2020.

MARQUES, S. C.; DIAS, D. F.; ARAGÃO, I. P. B. Prevalência do conhecimento e aplicação das técnicas de Ressuscitação Cardiopulmonar. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**, Rio de Janeiro, v. 09, n. 1, 2019.

MENDES, R. C. **Capacitação em ressuscitação cardiopulmonar para a equipe multiprofissional de apoio do serviço de atenção domiciliar.**

2019. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Formação de Educadores em Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

PERGOLA, A. M.; ARAÚJO, I. E. M. O leigo e o suporte básico de vida. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, 2009.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, SP, v. 20, n. 56, p. 185-197, 2016.

RIBEIRO, A. R.; SÁ, J.; TJENG, R. Desenho e avaliação do impacto de uma ação de formação em Suporte Básico de Vida nas escolas. **Gazeta Médica**, Lisboa, v. 7, n. 1, p. 7-12, 2020.

SANTO ANTÔNIO DE JESUS (Município). **Editais do Processo Seletivo para Estudantes do Projeto PETSaúde/GraduaSUS 2016-2017**. Santo Antônio de Jesus (BA): Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, abr., 2016.

SANTOS, A. P. M. *et al.* Conhecimentos e habilidades dos profissionais da atenção primária à saúde sobre suporte básico de vida. **HU Revista**, Juiz de Fora, MG, v. 45, n. 2, p. 177-184, 2019.

SANTOS, J. R. A abordagem da equipe de enfermagem do protocolo de parada cardiorrespiratória na unidade básica de saúde. **Recien**, São Paulo, v. 8, n. 22, p.34-39, 2018.

SILVA, E. S. **Primeiros socorros com escolares: intervenção educativa em saúde**. 2019. 74 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, PB, 2019.

SKALSKI, S. A.; MARIOT, M. D. M.; CECHETTO, F. H.; RIEGEL, F. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre a atuação do enfermeiro em parada cardiorrespiratória. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 44, p. e2178, mar. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2178>. Acesso em: 23 maio 2020.

Curso pré-internato em obstetrícia

*Abdias de Souza Alves Júnior
Darcy Andrade Cardoso Lima
Jéssica Mariana Lima de Oliveira
Adailton Alves da Costa Filho
Caio Luiz Coelho Ferreira dos Santos
Valéria Dantas Alves Ferreira
Marla Niag dos Santos Rocha*

Introdução

A adoção de metodologias ativas e a aplicação de novas tecnologias de ensino-aprendizagem possibilitam o desenvolvimento de um sistema de formação centrado no/a aluno/a, que visa habilitá-lo/a na construção de soluções para problemas reais do cotidiano, promovendo uma aprendizagem significativa (UFRB, 2013; ALVES JÚNIOR, 2019). A associação de diferentes ferramentas pedagógicas de ensino permite uma integração entre teoria e prática e contribui para um maior desenvolvimento do conhecimento ao envolver o/a próprio/a estudante no processo de aprendizagem, permitindo um pensamento reflexivo e crítico (FERREIRA *et al.*, 2018).

O ensino baseado em simulação dá oportunidade aos/às estudantes de desenvolverem aptidões, rebuscar e otimizar habilidades e competências variadas, dentro de um ambiente eficaz e propício. Isso se faz possível, pois os cenários (baseados em situações realísticas) possibilitam que treinem suas ações, tirem suas dúvidas, adquiram confiança e experiências, simulando um atendimento na condição de profissionais de saúde (ZINAN *et al.*, 2015). Além de reforçar a importância da interdisciplinaridade na assistência, tais métodos também demonstram indivisibilidade entre o que se estuda e o que se pratica, ou seja, maior integração entre os conhecimentos teóricos e práticos, facilitando o raciocínio e solução dos problemas (BORGES *et al.*, 2014; BRANDÃO *et al.*, 2014; ALVES JÚNIOR, 2019). Isso permite

que os/as alunos/as desenvolvam raciocínio clínico rápido, aprendam sobre intervenções adequadas e trabalho organizado e em equipe (ZINAN *et al.*, 2015).

Além disso, a partir do momento em que não apenas o comportamento e ações técnicas do/a estudante são avaliados, mas também sua habilidade de comunicação, pode-se propor uma formação crítico-reflexiva, fazendo-os/as entender a importância da relação médico(a)/paciente/profissional de saúde/paciente horizontal e respeitosa (GOMES *et al.*, 2009).

A simulação é descrita na literatura como ferramenta que permite a detecção imediata dos problemas. Simuladores de alta tecnologia, atores/atrizes reais treinados/as e simulação híbrida em ambientes virtuais são os meios utilizados nos cenários clínicos. A partir de então, torna-se possível reduzir incidentes e falhas profissionais, por meio de medidas de prevenção, sem, contudo, colocar em risco a integridade dos/as pacientes, reduzindo, assim, as taxas de complicações (FLATO *et al.*, 2011). Além disso, a utilização de discussão de casos clínicos já se configura como forma de metodologia ativa, ao tempo em que reforça o papel ativo do/a aluno/a como elemento central da construção de conhecimento (BORGES *et al.*, 2014; ALVES JÚNIOR, 2019).

O aprendizado por meio dessa metodologia pôde conferir melhor consolidação e sedimentação das temáticas abordadas, trazendo à tona inclusive saberes prévios, e, conseqüentemente, melhor capacitação do/a futuro/a agente de saúde a um exercício profissional eficaz e adequado (BORGES *et al.*, 2014; BRANDÃO *et al.*, 2014; ALVES JÚNIOR, 2019). Nos Estados Unidos e Europa, a simulação realística já se tornou uma ferramenta indispensável ao ensino e educação de profissionais de saúde, à medida que proporciona um momento de prática, que reafirma os conhecimentos adquiridos, além de conferir um treinamento de forma mais uniforme a todo o grupo (TRONCON *et al.*, 2007).

O/A docente, neste contexto, apresenta-se como facilitador/a do processo ensino-aprendizagem, o que estimula o/a estudante a ser um agente crítico, avaliar sua vivência, permitindo-o/a sanar suas dúvidas. Para tanto, utiliza-se ainda de uma discussão reflexiva,

conhecida como *debriefing*, que se configura como um momento, ao final do treinamento prático, em que se é estimulado o relato da própria experiência por todos/as os/as envolvidos/as, realizando reflexão sobre erros e acertos no cenário proposto, avaliando sua vivência e suas condutas, e como estas poderiam ser otimizadas (FERREIRA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, o Curso Pré-Internato em Obstetrícia (CPIO) foi uma proposta idealizada pela Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia do Recôncavo da Bahia (LAGORB), em 2018, com o intuito de contribuir com a formação médica, especificamente na qualificação da assistência ao período gravídico-puerperal. Tem como referencial teórico-prático justamente os métodos de simulação realística e aprendizagem baseada em problemas, que buscam contribuir para a melhoria do aprendizado e formação de estudantes, tornando-os/as seguros/as e preparados/as para atuarem na sociedade e, conseqüentemente, no futuro mercado profissional (NEGRI *et al.*, 2017; FERREIRA *et al.*, 2018).

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo apresentar um relato sobre a experiência exitosa de um curso de extensão – Curso Pré-Internato em Obstetrícia – que tem como base a utilização de simulação realística. Ademais, este texto se propõe a apresentar a relação construída entre a Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e o curso supracitado, bem como, sua contribuição para a formação médica.

Contextualização

O contexto em que se insere este curso está intimamente ligado à criação da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e do seu curso médico. A UFRB foi criada em 2005, com estrutura multicampi nas cidades do Recôncavo Baiano, após amplos debates que refletiam a necessidade de diminuir o déficit histórico da oferta de vagas em ensino superior. A Universidade aderiu ao Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) em 2007, o que permitiu consolidar a interiorização do ensino superior,

criar novos cursos e ampliar, assim, o acesso de jovens e adultos à formação de qualidade (UFRB, 2013).

O curso de Medicina, no entanto, só obteve autorização para seu funcionamento em 2013, através da portaria n.º. 654 do Ministério da Educação, tendo, a primeira turma, ingressado no semestre 2013.2. Apesar dos percalços e desafios na sua implementação, o curso conseguiu progredir, com abertura de novas turmas e início dos estágios no internato médico em 2017 (UFRB, 2017).

O internato é um momento de extrema importância da formação de um/a médico/a, no qual é possível colocar em prática os conhecimentos adquiridos na graduação e é também o período em que o/a estudante precisa lidar com inseguranças, medos e responsabilidades. Este período da graduação tem duração de dois anos, sendo, na UFRB, dividido em 6 estágios nas grandes áreas da atenção ao cuidado, com duração de 4 meses cada rodízio. No primeiro ano, os/as estudantes estagiam em Clínica Médica, Cirurgia Geral e Saúde Mental; e no segundo ano, vivenciam os estágios de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, e Saúde da Família/Saúde Coletiva.

A ideia de um curso preparatório para o internato, especificamente sobre Obstetrícia, surge em 2018, meses antes da previsão de início dos estágios do segundo ano do internato para a primeira turma do curso de Medicina da UFRB. A intenção da LAGORB, entidade que consubstanciou e organizou esse projeto, era promover uma capacitação prévia aos/as estudantes para o começo de suas atividades, colaborando assim para a formação médica do Recôncavo. Além disso, sabia-se que o curso promoveria também melhor qualificação da assistência prestada às gestantes de toda a região, afinal, os/as alunos/as envolvidos/as nas atividades de um internato médico, de maneira supervisionada, são peças fundamentais da rede de atenção à saúde.

A proposta do curso consiste em discutir a saúde da mulher, no que tange às principais condições de emergência a esse grupo, propiciando uma imersão teórico-prática do/a aluno/a nessas temáticas. Ademais, entendendo que a formação prévia dos/as estudantes do

curso de Medicina contempla, na sua grande maioria, uma abordagem teórica de tais conteúdos, o CPIO ganha importância, neste contexto, ao possibilitar ir além da literatura e promover uma vivência da prática obstétrica, ainda que mediante simulação de casos. Sendo assim, por meio do aperfeiçoamento do raciocínio clínico, discussão de condutas, avaliação diagnóstica e terapêutica e promoção de treinamento adequado, possibilita-se melhor desempenho dos/as estudantes de Medicina no internato de Ginecologia e Obstetrícia.

Para o funcionamento dessa dinâmica, foi essencial a estrutura oferecida pela UFRB, que dispõe de salas equipadas com excelentes simuladores, manequins e modelos anatômicos, que possibilitaram a aproximação da realidade e um estudo baseado em cenários clínicos.

A tutoria ou preceptoria de cada estação conta com a presença de profissionais de diversas áreas (médicos/as especialistas em obstetrícia e cirurgia geral/ emergencistas, enfermeira obstetra e psicóloga). Pensando na promoção de uma atenção integral às mulheres que estejam no ciclo gravídico-puerperal, a própria formação da equipe de tutores/as, contemplando as mais diversas áreas da saúde, já transmite um dos conceitos intensamente abordado no curso: a importância da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade da assistência.

Ao todo são ofertadas doze estações ou cenários práticos de ensino-aprendizagem, divididos em dois dias de curso. Os temas são desenvolvidos de maneira teórico-prática, visando à aplicabilidade dos conhecimentos e ao aperfeiçoamento e treinamento das técnicas envolvidas pelos/as estudantes. Embora a proposta do curso seja tornar mais prático o aprendizado dessas temáticas, entende-se que, em determinados momentos, é necessário revisitar a parte teórica de alguns temas. Logo, os dois dias de curso são iniciados com breves conferências, além de existir explanação teórica dentro das estações, sempre de forma concisa e objetiva.

Para vivenciar as estações práticas, os/as estudantes são divididos/as em grupos menores, de 10 a 12 pessoas – medida necessária para potencializar o aprendizado, permitir maior oportunidade de praticar os cenários e melhorar a relação facilitador(a)/cursista,

assegurando a resolução de dúvidas e dificuldades pontuais. Além disso, a interação entre todo o grupo na gestão dos cenários suscita o entendimento da importância e necessidade da condução da assistência, em equipe, com organização dos/as membros/as, definição de tarefas e treinamento continuado, a fim de se reduzirem os atrasos assistenciais.

O curso ainda disponibiliza um material teórico (módulo de ensino) com todos os temas abordados, de forma atualizada e sintética, para ser utilizado como material de apoio pelos/as participantes.

Os organizadores do evento, em parceria com empresas, instituições e com o valor da inscrição do curso, fornecem toda a alimentação e momentos de integração do grupo ao longo dos dois dias. Acredita-se que tais estratégias possibilitam uma imersão total nesta vivência prática, permitindo maior consolidação de todo o aprendizado, integração do grupo, além de oferecer melhor conforto aos/as participantes e dinamismo na própria execução do curso.

Em setembro de 2018, foi realizada a primeira edição do evento, num projeto piloto, no qual foi testada a metodologia planejada e proposta, bem como a adequação das estratégias de condução dos cenários do curso. Para tanto, naquele ano, o evento recebeu uma quantidade reduzida de cursistas e facilitadores/as, mas o suficiente para promover uma experiência única de aprendizagem. Com o sucesso obtido no evento piloto, foi possível realizar, em 2019, a segunda edição, ampliando a quantidade de cursistas, facilitadores/as e estrutura. Solicita-se dos/as participantes o preenchimento de questionário ao final do curso, em que são pontuados falhas e acertos ao longo da condução de cada cenário, ferramenta esta que, aliada aos momentos de "feedback" ao final de cada estação, é extremamente importante para promoção de melhorias no formato do curso a cada ano.

Estações teórico-práticas

A proposta de simulação é extremamente válida ao aprendizado, por isso, opta-se por se estabelecerem cenários que dão margem à discussão de problemas ao longo da estação.

Contudo, num primeiro momento, convocam-se os/as alunos/as a assistirem abordagens teóricas sobre temáticas centrais do curso, as quais são importantes para melhor entendimento e aproveitamento dos demais temas abordados nas estações práticas. São realizadas, assim, explicações sobre Assistência ao Parto e Assistência Neonatal. Na aula de Assistência ao Parto, busca-se conferir ao/à aluno/a o entendimento da evolução habitual do trabalho de parto e todos os períodos dessa assistência. Em seguida, na aula de Assistência Neonatal, destringem-se as mudanças da vida intrauterina e extrauterina e as implicações dessa transição para a correta condução das medidas assistenciais na sala de parto.

Posteriormente, os/as alunos/as são subdivididos/as em seis grupos (pré-estabelecidos aleatoriamente) e encaminhados/as às estações práticas. Breves casos clínicos são fixados nas portas das salas de simulação, servindo como disparador temático para o assunto que será abordado naquela estação. O intuito desses casos é provocar o/a estudante a refletir sobre as problemáticas envolvidas na assistência obstétrica e estimulá-los/as a assumir a responsabilidade em buscar alternativas para sua resolução.

A partir de então, conduz-se a estação através de simulação, ou apresentação de técnicas em manequins, intercalando com as curtas abordagens teóricas sobre o tema, direcionadas ao objetivo primordial do curso: orientação para condutas pertinentes, organizadas e efetivas, mediante cenários clínicos obstétricos. As estações práticas são divididas e organizadas da seguinte forma:

Simulação de Parto: A estação de simulação de parto foi incluída na segunda edição do curso e complementa a aula teórica de assistência ao parto eutócico. As facilitadoras da estação fazem uma abordagem teórica sobre mecanismos de parto, utilizando modelos anatômicos para exemplificar o processo. No momento prático, a sala é dividida em dois grupos, e para cada integrante é designada uma tarefa: obstetra, enfermeira/o, neonatologista, técnico/a em enfermagem e acompanhante da paciente, após a explicação de cada função. O primeiro grupo inicia a simulação com o simulador de parto

Simmom, que recebeu, na UFRB, o nome de Helena. Esse simulador reproduz com boa precisão e veracidade um parto normal, obtendo também a possibilidade de promover algumas complicações do parto.

Ao final desse parto, uma ligante da LAGORB entra simulando requerer assistência durante seu período expulsivo do parto. A ligante utiliza um manequim de simulação de abdome de gestante (cedido por um dos apoiadores do curso), que possibilita a expulsão do "concepto" (modelo de feto), o que também acontece ao longo da encenação, utilizando-se de dramatização. As facilitadoras indicam que o segundo grupo assumirá a assistência à parturiente no modelo de simulação de parto utilizado.

Apresentação Anômala: Nesse momento do curso, os/as estudantes são estimulados/as a aprender sobre o manejo do trabalho de parto em algumas situações adversas. Opta-se por apresentar ao/à aluno/a as manobras para facilitação da condução do período expulsivo de partos em apresentação pélvica – que se constitui na mais frequente das apresentações anômalas de trabalho de parto. Embora saiba-se que a apresentação pélvica é contraindicação relativa ao trabalho de parto, entende-se que, por vezes, um/a profissional da assistência pode se deparar com uma parturiente já em período expulsivo nesta apresentação, e, portanto, faz-se necessário tal treinamento, a fim de se evitarem tocotraumatismos e desfechos negativos maternos e/ou fetais.

Assistência Puerperal: A estação tem como premissa treinar os/as futuros/as internos/as e médicos/as a manejar uma paciente no pós-parto, se atentando a todas as suas necessidades e intercorrências mais comuns neste período. Além disso, treina-se o/a cursista a adaptar o exame físico à conjuntura das modificações do organismo de uma puérpera, assim como a adequada forma de descrever todas as alterações e observações na evolução da paciente, além da prescrição apropriada ao momento.

Reanimação Materna: A aula de reanimação materna é ministrada por um/a profissional que tenha experiência com emergências, e ajuda os/as estudantes a recordarem a forma correta de

realizar uma Reanimação Cardiopulmonar, levando em consideração as especificidades de um corpo gravídico. São usados modelos de torsos para serem simuladas manobras de massagem cardíaca e ventilação com Ambu, a fim de adequar posicionamentos e técnicas apropriadas para execução de tais condutas.

Reanimação Neonatal: Visa colocar em prática alguns conceitos já abordados na aula de assistência neonatal, orientando o/a aluno/a sobre todas as condutas necessárias ao se receber um recém-nascido em sala de parto. Além disso, prepara-se o/a estudante quanto a manobras de ressuscitação neonatal, levando-se em consideração cenários de possíveis intercorrências ao recém-nascido. São utilizados manequins pediátricos e modelos de ventilação com Ambu apropriados para recém-nascido, a fim de que sejam treinadas as técnicas de massagem e ventilação neste público.

Parto Vaginal Assistido: Esta estação não existia na primeira edição do curso, mas dada a importância do tema, foi inserida. Aqui, é considerado o cenário de sofrimento fetal agudo com feto em período expulsivo, necessitando de abreviação deste período com uso de fórceps ou vácuo extrator. Embora tais técnicas sejam consideradas "ato-médico" do/a especialista em obstetria, por vezes são condutas oportunas e imprescindíveis na vigência de cenários adversos, assim sendo necessário o acréscimo ao programa do curso. A estação conta com pelves, bonecos de recém-nascido, fórceps, vácuo-extratores e facilitadores/as obstetras com experiência. Na abordagem, tenta-se reforçar a sequência de condutas por meio de mnemônico proposto pelo curso *ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics)*.

Partograma: A aula de partograma é configurada para ser em formato de estação, contudo tem flexibilização para ser realizada com todo o grupo, de forma coletiva, a depender do programa do curso, como aconteceu na segunda edição. Faz-se uma abordagem breve sobre o histórico deste instrumento e sobre a forma correta de seu preenchimento. Posteriormente, distribuem-se cópias de partograma e promove-se a construção conjunta do instrumento de forma adequada, por meio da discussão de um caso clínico, em que se pontua a

evolução gradual de um trabalho de parto. Para auxiliar a conferência dos registros dos/as alunos/as, o/a facilitador/a conta com monitores/as, que são ligantes previamente treinados/as sobre o preenchimento do Partograma.

Emergência Hipertensiva: As emergências hipertensivas e as hemorrágicas configuram-se como as principais causas de mortalidade materna (LIAO *et al.*, 2016), e, portanto, precisam ter suas condutas adequadamente treinadas e explicitadas. Utilizando-se, mais uma vez, da dramatização, realiza-se simulação de um caso de uma paciente que evolui com complicação de uma doença hipertensiva. Para simular o atendimento, escolhem-se alguns/algumas dos/as cursistas para atuarem simulando o/a médico/a, enfermeiro/a, técnico/a em enfermagem e o/a acompanhante da paciente, que participariam da assistência neste caso. Ao final, realiza-se o *debriefing* e todos os apontamentos teóricos pertinentes sobre a adequação dos passos assistenciais neste cenário.

Hemorragia Pós-Parto: Essa estação apresenta uma encenação de uma suposta paciente em pós-parto que evolui com sangramento genital anormalmente aumentado, cursando com agravamento do quadro. Portanto, essa estação visa revisar com os/as estudantes como diagnosticar uma hemorragia pós-parto, sinalizando sobre a importância do diagnóstico rápido, além de como manejar, de forma precoce e ágil, a fim de evitar um desfecho desfavorável. Nessa estação também apresenta-se o TAN (Traje antipneumático) – instrumento que auxilia o suporte de pacientes com esse quadro até que possam ser conduzidas às condutas definitivas apropriadas, em local com estrutura para tal, e também ensina-se a elaborar o balão (artesanal) de tamponamento uterino, com preservativo e sonda vesical, que pode se configurar como uma ferramenta útil e eficaz nas condutas em uma paciente com quadro hemorrágico após o parto.

Prematuridade e Rotura Prematura de Membranas Ovulares: Dada a importância dos temas, discute-se a forma de conduzir uma paciente que apresente tais situações em um caso clínico, exposto em slides e amplamente discutido. Os/as estudantes são convocados/

as a raciocinar sobre a forma como se diagnosticar, assim como as condutas em diferentes cenários de atuação, ou seja, cenários em que pacientes se apresentem com diferentes idades gestacionais, o que demandaria ações diferentes.

Distócia de Ombro e Aspiração Manual Intrauterina (AMIU): A abordagem sobre distócia de ombro se torna indispensável, por demonstrar que existem manobras relativamente simples que podem salvar a vida de um feto que apresente tal condição potencialmente letal. As manobras de condução na vigência de uma distócia de ombro são apresentadas com o auxílio de pelves, manequins pediátricos e o manequim de simulação realística de parto "Noeli", utilizando-se também o mnemônico proposto pelo curso *ALSO*. Todos/as os/as estudantes são convocados/as a realizar cada uma das ações pertinentes na sequência, promovendo seu treinamento intensivo. Nessa estação, segue-se uma breve apresentação sobre a técnica de Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) – extremamente pertinente e efetiva para esvaziamentos uterinos, em casos de processos de abortamento ou retirada de restos placentários, com menor potencial de agressão ao leito uterino. Entende-se que embora não haja necessidade de explanar sobre a técnica em si, pois habitualmente é ato realizado pelo/a especialista em Obstetrícia, é importante apresentar tal dispositivo aos/às alunos/as, para que tenham conhecimento da possibilidade e viabilidade de utilizá-lo nas condições em que é indicado.

Diabetes Mellitus Gestacional: Como um tema extremamente importante e bastante frequente, o curso propõe sua discussão por meio da apresentação de um caso clínico, no qual se convoca o/a cursista a interpretar resultados de exames de rastreio, fazer diagnóstico apropriado e orientar sobre condutas pertinentes. Assim como a estação de Trabalho de Parto Prematuro e Rotura Prematura de Membranas Ovulares, faz-se a apresentação do caso em slides e o/a facilitador/a da estação vai estimulando os/as estudantes a responderem sobre a condução do caso, conferindo a linha de raciocínio apropriada sobre o tema.

Conflitos no Parto: Esta estação tem como objetivo fornecer ao/à estudante ferramentas para gerenciar conflitos relativos à profissão, no âmbito da Obstetrícia, mas que, com certeza, podem ser extrapolados aos mais diversos cenários da atuação como agente de saúde. São discutidas situações sobre como lidar com a morte materna e/ou fetal, como contar a notícia a familiares e como manejar situações adversas, enfrentando todas as habituais expectativas dos/as pacientes e familiares. É uma estação que conta com a colaboração de uma profissional psicóloga, que utiliza um filme como disparador temático, abordando diversos problemas na condução de parto. Ao fim do filme, ocorre uma encenação, na qual um dos participantes da aula é convocado a dar notícia aos familiares sobre um desfecho negativo na condução do caso. Após este momento, a facilitadora faz um *debriefing*, com breve explanação, sintetizando o assunto e expondo algumas estratégias para resolução dos conflitos e comunicação de notícias ruins ou pouco esperadas pelos/as pacientes e familiares.

Considerações finais

O Curso Pré-Internato em Obstetrícia tem se consolidado a cada ano, como uma potente ferramenta que auxilia os/as estudantes na construção do conhecimento e na assistência ao cuidado em saúde da mulher. A sua metodologia tem se mostrado exitosa e consistente, permitindo a replicação e ampliação do projeto original, além de possibilidade de receber estudantes de outras instituições de ensino superior.

A fim de melhorar a estrutura do curso, as próximas edições projetam a realização de um *workshop* com os/as facilitadores/as sobre metodologias ativas, principalmente a simulação realística. Esse momento se apresenta necessário para uniformizar as metodologias utilizadas no curso e ofertar o máximo de qualidade em todas as estações. Além disso, como muitos/as facilitadores/as do curso são docentes da UFRB, esse espaço também servirá como formação complementar e estímulo para adoção dessas metodologias no currículo do curso.

Referências

ALVES JÚNIOR, A. S. **Uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem no bacharelado interdisciplinar em saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia**. 2019. 135 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade) - Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

BORGES, M. C.; CHACHÁ, S. G. F.; QUINTANA, S. M.; FREITAS, L. C. C.; RODRIGUES, M. L. V. Aprendizado baseado em problemas. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, SP, v. 47, n. 3, p. 301-307, 3 nov. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i3p301-307>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRANDÃO, C. S.; COLLARES, C. F.; MARIN, H. F. A simulação realística como ferramenta educacional para estudantes de medicina. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 187-192, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2014.2.16189>. Acesso em: 23 nov. 2020.

FERREIRA, R. P. N.; GUEDES, H. M.; OLIVEIRA, D. W. D.; MIRANDA, J. L. Simulação realística como método de ensino no aprendizado de estudantes da área da saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João del-Rei, MG, v. 8, p. 1-9, 16 jul. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2508>. Acesso em: 03 nov. 2020.

FLATO, U. A.; GUIMARÃES, H. Educação baseada em simulação em medicina de urgência e emergência: a arte imita a vida. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 9, n.5, p. 360-364, 2011.

GOMES, R. *et al.* A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, SP, v. 13, n. 28, p. 71-83, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s141432832009000100007>. Acesso em: 21 jun. 2020.

GOMES, R.; BRINO, R. F.; AQUILANTE, A. G.; AVÓ, L. R. S. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 433-440, set. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022009000300014>. Acesso em: 03 nov. 2020.

LIAO, A. W. *et al.* Intercorrências Obstétricas: Doença hipertensiva específica da gestação. In: ZUGAIB, M. (Org.). **Zugaib Obstetrícia**. 3. ed. São Paulo: Manole, p. 633-665, 2016.

NEGRI, E. C.; MAZZO, A.; MARTINS, J. C. A.; PEREIRA JÚNIOR, G. A.; ALMEIDA, R. G. S.; PEDERSOLI, C. E. Clinical simulation with dramatization: gains perceived by students and health professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 25, p. 1-10, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1807.2916>. Acesso em: 03 jun. 2020.

TRONCON, L. E. A.; MAFFEI, C. M. L. A incorporação de recursos de simulação no curso de graduação em Medicina da faculdade de medicina de Ribeirão Preto - USP **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, SP, v. 40, n. 2, p. 153-161, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v40i2p153-161>. Acesso em: 03 jun. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Santo Antônio de Jesus, BA: Centro de Ciências da Saúde. Colegiado do Curso de Medicina, 2017. Disponível em: http://www.ufrb.edu.br/ccs/images/DIACOL/Cursos/PPC_Medicina.pdf. Acesso em: 28 jun. 2020.

ZINAN, N.; PUIA, D.; KINSLEY, T. Results of a mass casualty incident simulation in an undergraduate nursing program. **Journal of Nursing Education and Practice**, Connecticut, v. 5, n. 12, p. 71-78, 22 set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v5n12p71>. Acesso em: 03 jun. 2020.

Inovação e integração em encontro de ligas acadêmicas

Luana Brunelly Araújo de Lima

Ivana Karolina Sousa Santos

Juliana Gonçalves Dias

Adailton Alves da Costa Filho

Abdias de Souza Alves Júnior

Jéssica Mariana Lima de Oliveira

Caio Luiz Coelho Ferreira dos Santos

Ana Lucia Moreno Amor

Marla Niag dos Santos Rocha

Introdução

O processo formativo em saúde é caracterizado por sua alta complexidade e constante necessidade de adaptação às mudanças e demandas dos serviços de saúde, para que assim os/as profissionais estejam aptos a assistirem com maior excelência à população. Nesse cenário de exigência constante de inovação dos currículos acadêmicos e dos métodos de ensino, surgiram as Ligas Acadêmicas (LAs), uma das mais significativas ferramentas de construção e disseminação de conhecimentos na graduação (OKAJIMA *et al.*, 2019).

Por definição, LAs são entidades formadas por estudantes do ensino superior, de diferentes semestres e cursos, que voluntariamente se unem para aprofundar os conhecimentos em determinado tema, sob a supervisão de especialistas (BENDELAQUE *et al.*, 2019; OKAJIMA *et al.*, 2019). Dessa forma, infere-se que, paralelamente ao próprio curso de graduação na instituição de ensino superior, seguem a lógica do tripé universitário: ensino, pesquisa e extensão, ao passo que se constituem como instrumento capaz de reiterar a imprescindível função social da Universidade (DENEM, 2014). No entanto, por vezes, as LAs acabam assumindo um papel além do

tripé universitário, à medida que atuam de forma a corroborar as atividades culturais e de ações afirmativas (UFRB, 2019).

A primeira liga criada na área da saúde no Brasil foi a Liga de Combate à Sífilis, entidade pertencente ao Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, em 1920, que, em harmonia com sua importância histórica (COSTA *et al.*, 2012), mantém-se desenvolvendo atividades para a melhoria da prevenção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (BURJATO JÚNIOR, 1999). Entretanto, a grande popularização das ligas aconteceu durante o período de ditadura militar no Brasil, quando se despertavam questionamentos relacionados à essência dos ensinamentos realizados pelas universidades, assim como o seu direcionamento e aplicabilidade da expansão do conhecimento intelectual teórico-prático (TORRES *et al.*, 2008; HAMAMOTO FILHO, 2011).

Ao longo dos anos, as LAs vêm se estabelecendo progressivamente como entidades estudantis fortes, conferindo uma complementação importante ao currículo acadêmico de inúmeros/as estudantes, ao passo que estimulam não só a autonomia dos/as discentes no processo de ensino-aprendizagem, mas igualmente o desenvolvimento de habilidades gerenciais e interpessoais. Os espaços propiciados pelas ligas conferem oportunidades ímpares, de grande importância para a formação, como reflexões sobre escolha profissional, *networking*, desenvolvimento de trabalhos científicos, promoção de eventos, dentre outras possibilidades (SILVA *et al.*, 2018).

Neste contexto, é importante ressaltar que registros e funcionamentos dessas entidades, especialmente em Centros de Saúde, colaboram com o enriquecimento na formação acadêmica dos/as discentes, tanto para os/as participantes ativos/as, membros/as destas, como para os/as que participam das atividades promovidas pela entidade em questão. Acrescenta-se a isso a oportunidade de o/a estudante desenvolver e adquirir conhecimentos com base em metodologias ativas, o que, em geral, ainda é pouco ofertado em outros espaços (SANTANA, 2012).

Entretanto, apesar de tão significativa relevância, vale salientar que, devido à escassez de publicações científicas que ratifiquem as contribuições das LAs para a formação profissional dos/as discentes, há algumas questões que são discutidas em contraponto à afirmação de uma contribuição legítima dessas entidades à formação em saúde no Brasil. Ainda que se entenda toda a diversidade de conhecimentos construídos e/ou adquiridos nos espaços das LAs, e o quanto isso é importante para a ampliação do senso crítico e o raciocínio científico dos/as membros/as participantes, questiona-se, por exemplo, se a existência de um currículo paralelo, no qual as LAs estão inseridas, não estaria preenchendo, de maneira indevida, as lacunas do itinerário formativo, ou ainda se elas suscitariam um processo de especialização precoce (HAMAMOTO FILHO, 2011). Faz-se realmente necessário, portanto, aprofundar avaliações sobre o impacto das ligas acadêmicas e das atividades de extensão universitária, em geral, na formação médica, a fim de que possam ser considerados todos os pontos e contrapontos de tais propostas (HAMAMOTO FILHO *et al.*, 2010).

Diante da importância das ligas acadêmicas no contexto universitário, em 2014, foi criada a primeira Liga Acadêmica na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) - a Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia do Recôncavo da Bahia (LAGORB). A LAGORB surgiu no Centro de Ciências da Saúde (CCS), a partir das primeiras discussões sobre o registro dessas atividades no âmbito de um centro de ensino (UFRB, 2015), obtendo sua institucionalização na universidade em 2019 (UFRB, 2019).

Interessada em se inserir nesse contexto de demandas por aperfeiçoamento no processo formativo em Saúde, discussões sobre currículo paralelo e aprofundamento de conhecimentos em Ginecologia e Obstetrícia, a LAGORB foi idealizada e fundada por estudantes do curso de Medicina da UFRB, que desde então têm sido agentes ativos do seu próprio processo de ensino aprendizagem.

Com o objetivo de fortalecer constantemente o tripé universitário, a LAGORB sempre investiu esforços em inovação em cada um dos três eixos. Contudo, o seu currículo extensionista tem ganhado destaque

nos últimos anos, devido ao crescente reconhecimento da Liga na universidade e na região, com construção de importantes parcerias e realização de diversas atividades de educação em saúde, cumprindo, assim, um importante papel social.

Diante do que foi exposto, merecem destaque os eventos estruturados e realizados pela Liga desde 2018. Eventos inéditos foram criados pela LAGORB e foram capazes de tornar a Liga reconhecida entre os pares, além de agregar conhecimentos com outras instituições de ensino. O I Encontro Regional de Ligas Acadêmicas de Ginecologia e Obstetrícia (Regional Nordeste I) - I InterGO destaca-se pelo memorável protagonismo dos/as alunos/as envolvidos/as no projeto, proporcionando-lhes experiência única em nível organizacional e desenvolvimento de habilidades diversas. Este capítulo debruçar-se-á sobre o I InterGO, pensado pela LAGORB em 2018 e consolidado em agosto de 2019, trazendo um relato de experiência acerca da sua construção e realização. É sobre esse projeto, suas características e impactos, que será discorrido a seguir.

Metodologia do evento

O projeto inicial do I Encontro Regional de Ligas Acadêmicas de Ginecologia e Obstetrícia (Regional Nordeste I) – InterGO – foi idealizado por uma das estudantes ligantes e participante da Comissão Fundadora da LAGORB. Tinha como objetivo precípuo conferir um dia de atividades voltadas para a interação entre membros/as de ligas acadêmicas de Ginecologia e Obstetrícia de instituições de ensino superior do interior da Bahia. No entanto, outras prioridades surgiram na época e o projeto foi consolidado no ano seguinte, sob a condução de uma nova gestão e com objetivos e público de ação ampliados.

Com uma nova configuração, o processo de construção do I InterGO foi iniciado com a formação da Comissão Organizadora, composta por discentes membros/as da LAGORB e sua supervisora docente, que decidiram, finalmente, tirá-lo do campo das ideias e colocá-lo em prática. Nesse sentido, as primeiras reuniões foram

destinadas ao planejamento das atividades, para a compreensão da dimensão do evento e alinhamento das expectativas gerais.

Através de uma breve pesquisa sobre temas de interesses entre os/as alunos/as das ligas acadêmicas, em grupo de redes sociais previamente estabelecido, decidiu-se que a temática central do evento seria “Uma discussão sobre as afecções mais frequentes em Ginecologia e Obstetrícia (GO) baseada em casos clínicos”. A partir dele foi elaborado, minuciosamente, todo o planejamento científico do evento, mapeando os diversos temas que poderiam ser abordados, a fim de assegurar a relevância do I InterGO, enquanto um evento acadêmico capaz de proporcionar discussões e vivências de grande magnitude no contexto da Ginecologia e Obstetrícia. Além disso, a proposta trazia o desejo de se consolidar como um evento rotineiro, anual e itinerante, pois acredita-se que esses espaços de construção e trocas de conhecimentos e experiências são extremamente enriquecedores à formação universitária.

Em reuniões dos/as membros/as da comissão organizadora, e pensando-se em agregar espaços e momentos frutíferos a todos/as os/as participantes, optou-se pela realização de um evento com três dias de duração, e a partir de então, dividiram-se os grupos de trabalho e as funções, para que as demandas fossem dispostas de maneira menos densa dentre os/as responsáveis.

Com as atividades estabelecidas, o segundo passo foi buscar apoio institucional, que foi fundamental para o resultado da estruturação do evento, acolhimento dos/as estudantes de outras instituições e definição dos locais de realização das atividades. Foram utilizados dois espaços para a realização de todo o evento. Contou-se com a parceria do Instituto Federal da Bahia, que disponibilizou auditório, área de convivência e refeitório, onde aconteceram a cerimônia e coquetel de abertura no primeiro dia de evento, palestras e refeições no segundo dia, assim como a parceria do próprio Centro de Ciências da Saúde da UFRB, que disponibilizou laboratórios e salas de aula do próprio Centro de Ensino, que foram utilizados para

atividades práticas do terceiro dia de evento e locais para acolhimento e hospedagem dos/as alunos/as que vieram de outras universidades.

Um outro grande desafio ao projeto foi a necessidade de uma busca ativa por patrocinadores e colaboradores de diversos nichos para que esses pudessem apoiar o evento acadêmico. Uma vez que o público de ação era de estudantes, a ideia central era torná-lo o mais acessível possível ao reduzir os custos na inscrição e na estadia durante o evento. Foi um processo lento e que exigiu todo o esforço possível por parte da comissão organizadora, em vista da situação econômica do país, agravada pelo corte de verbas para as universidades públicas, e, mais especificamente, universidades federais, a exemplo da instituição sede do I InterGO naquele ano.

Consoante a idealização de um projeto regional, cujo público era de estudantes de universidades de outras cidades e estados, houve a necessidade de planejar e investir esforços em sua divulgação, visando a um maior alcance, desde o início do planejamento do evento. A equipe de marketing se preocupou em oferecer um design próprio (Figura 1) para que, além de permitir uma ampla divulgação, atrativa ao espectador, essa se tornasse uma marca visual referente ao evento. Além disso, formulários de inscrição, informações e orientações foram divulgados a partir da página oficial da UFRB, via WhatsApp, para a comunidade interna do CCS, e pelo Instagram da LAGORB, seguindo um cronograma planejado para melhor execução e alcance dos/as estudantes e ligas acadêmicas almejados.

Figura 1. Logomarca do I InterGO.



Fonte: comissão organizadora do evento (2019).

Apresentou-se previamente toda a proposta do evento, como chegar aos locais que seriam utilizados (rotas, transportes, possibilidades de hospedagem), além de contabilizar quantos/as ligantes de cada LÁ estariam presentes, para que a organização pudesse preparar um alojamento sem custos adicionais e capaz de se adequar às necessidades que fossem apresentadas por aqueles/as discentes.

Além de estimular a discussão de subtemas em Ginecologia e Obstetrícia, integração com outras instituições e representações discentes, o evento também teve o intuito de trazer a reflexão acerca da descentralização e desterritorialização do conhecimento, visto que a sede do I InterGO foi uma Universidade Federal situada no Recôncavo da Bahia e com uma comunidade de discentes composta por diversos perfis socioeconômicos, étnico-raciais, de gênero, entre outros. Foi possível, assim, observar a relevância de respeitar as características do território e adaptar narrativas para que essas possam chegar não somente àqueles/as que se encontram em grandes centros e capitais, mas também para os/as que fazem parte dos arredores. Apesar das limitações, a internet foi uma ferramenta de grande relevância ao longo deste percurso, pois aproximou a organização do InterGO das instituições e LAs parceiras, que não necessariamente estavam situadas no mesmo território onde o evento estava sendo estruturado.

INTERGO: uma realização

Vivenciar a construção em meio a incertezas, dificuldades e muita persistência para em alguns meses executar um projeto como o I InterGO, foi certamente uma experiência que teve muito a acrescentar na trajetória dos/as discentes envolvidos/as no seu planejamento. A intenção de todos/as os/as organizadores/as de realizar um evento acadêmico que envolvesse LAs do Nordeste, dando protagonismo nessa edição ao território do Recôncavo da Bahia, movia o trabalho e esforço diários.

O I InterGO contou com a participação de 89 inscritos, sendo 41 membros/as de LAs provenientes dos estados de Sergipe, Pernam-

buco e Bahia, e 30 professores/as de Instituições de Ensino Superior (IES), além dos convidados de honra, dentre eles, o Presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia da Bahia (SOGIBA) e professores/as da universidade sede, UFRB. Participaram 8 LAs, sendo elas das instituições: Universidade Federal da Bahia (UFBA), Escola de Medicina e Saúde Pública (BAHIANA), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Faculdade de Ciências e Empreendedorismo (FACEMP), Universidade Federal de Sergipe (UFS), Faculdade de Tecnologia e Ciência (FTC), além da UFRB.

Na primeira noite do evento, além do credenciamento dos/as estudantes inscritos/as, foi composta a Mesa de Abertura com figuras de extrema relevância para o evento e, posteriormente, já adentrando a temática do I InterGO, foi possível abordar assuntos como: os desafios da descentralização do conhecimento, as vivências e desafios do/a profissional em GO na atualidade e a atuação das Ligas Acadêmicas no contexto acadêmico. Todos esses momentos foram realizados através das conferências e rodas de conversa, que notavelmente introduziram o assunto cerne do evento, com profissionais convidados/as, dentre eles/as, o presidente da SOGIBA, coordenadores/as docentes e discentes do evento, professores/as da UFRB e outras IES, que apresentavam trajetória marcante de parceria e supervisão a LAs nas instituições de ensino em que atuam. A noite se encerrou com o Coquetel de Abertura, um momento de confraternização e interação entre os/as estudantes de todas as ligas acadêmicas presentes – um dos importantes objetivos com a execução do evento.

Para o dia seguinte foi planejado um cronograma de apresentações com temáticas variadas da Ginecologia e Obstetrícia. Foram ministradas ao todo 9 palestras com base em casos clínicos, orientadas por 16 profissionais convidados/as, sobre os temas: I - Assistência ao Parto e Puerpério; II - Conduta nas Emergências Hemorrágicas no Periparto; III - Condutas nas Emergências Hipertensivas na Gestação; IV - Avaliação da Vitalidade Fetal; V- Como

conduzir a Diabetes Mellitus na gestação, parto e puerpério; VI - Diagnóstico Diferencial e Conduta frente às Úlceras Genitais; VII - Assistência ao casal infértil; VIII - Diagnóstico Diferencial e Conduta frente aos Corrimentos Genitais; e IX - Conduta nos sangramentos disfuncionais. Foi de demasiada importância o convite a diferentes profissionais da área, uma vez que o conhecimento se torna mais eficiente a partir das múltiplas perspectivas e pontos de vista, além dos diversos contextos de atuação dos/as profissionais médicos/as ginecologistas e obstetras frente ao panorama de sua realidade de atendimento à mulher no Brasil. Entre as palestras, os/as estudantes e profissionais puderam compartilhar momentos de interação como café da manhã, *coffee breaks*, almoço e, ao final do dia, o momento cultural do sarau.

Para o último dia do evento foram organizadas estações práticas e apresentações científicas. Naquele momento, priorizou-se o protagonismo dos/as discentes, tanto no que se refere ao próprio conhecimento adquirido e compartilhamento de experiências vividas no núcleo de cada liga acadêmica, quanto no que tange a suas produções acadêmicas vinculadas a essas experiências. Foram 9 estações práticas, a saber: Partograma, Laceração Perineal, Conflitos no Parto, Exame Físico Ginecológico, Reanimação Neonatal, Corrimentos Vaginais, Distócia de Ombro, Exame Físico das Mamas e Hemorragia Pós-Parto, e 9 pôsteres apresentados. O pôster intitulado "II Curso Pré-Internato em Obstetrícia (CPIO)" foi o mais bem pontuado pelo Comitê Científico e, por isso, premiado com uma inscrição em congresso regional. O último dia do evento contou ainda com um almoço de encerramento, o qual proporcionou grande interação entre todos/as os/as participantes, que puderam expor entre si suas impressões e sentimentos acerca do que experimentaram durante os três dias de evento. Ademais, foi realizado o sorteio da cidade-sede da 2ª edição do InterGO, tendo sido escolhida a capital baiana, Salvador, que se prepara desde então para realizar o evento em 2020, respeitando as normas de segurança vigentes em decorrência da pandemia do novo coronavírus para o período.

Considerações finais

Os/As participantes aproveitaram ao máximo tudo que o evento ofereceu. Houve bastante interação nas atividades culturais, coquetel de abertura e sarau, bem como durante as atividades que os/as próprios/as inscritos/as proporcionaram. Aliando-se, então, o propósito acadêmico de transmissão e troca de conhecimentos na área da Ginecologia e Obstetrícia e a integração entre as ligas acadêmicas da região Nordeste I, o I InterGO cumpriu seu papel e reiterou o pioneirismo de um evento dessa magnitude na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

A atividade promoveu diálogos sobre a saúde da mulher, condutas de manejo, avaliação clínica e terapêutica, baseando-se em discussões de casos clínicos conduzidas por docentes médicos/as ginecologistas e obstetras, coordenadores/as e colaboradores/as das LAs participantes, tendo sido precedida por uma conferência de abertura sobre a democratização do conhecimento e o panorama atual da GO.

Destaca-se que, em março de 2020, parte da comissão organizadora apresentou trabalho sobre a vivência do I InterGO em evento institucional do CCS/UFRB, o *Seminário Reencôncavo Saúde e Semana Acadêmica 2020.1: fortalecer para (re)existir!*, recebendo a premiação de um dos melhores pôsteres, apresentado com o título: *I Encontro Regional de Ligas Acadêmicas de Ginecologia e Obstetrícia – Regional Nordeste I – Relato de Experiência*.

As expectativas foram alcançadas, e o I InterGO possibilitou, de forma bastante satisfatória e gratificante, a integração entre alunos/as e docentes, além de conquistar a admiração e reconhecimento das representações presentes, as quais ressaltaram a importância da continuidade desse projeto.

Agradecemos à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia pelo apoio institucional, da construção à realização do evento, os patrocinadores e todos/as os/as colaboradores/as que acreditaram no projeto e no potencial da LAGORB em desenvolvê-lo. Em especial, agradecemos aos/às docentes e discentes, sobretudo ligantes, que

vieram de diferentes cidades para participar e enriquecer o evento. A todos/as, pela oportunidade de consolidarmos juntos nossa proposta de reflexão sobre o ensino em saúde a partir das Ligas Acadêmicas e descentralização do conhecimento, nossa gratidão.

Referências

BENDELAQUE, D. F. B. *et al.* Contribution of the academic league in the formation and production of knowledge in the health of the elderly. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais – PR, v. 2, n. 4, p. 3774-3781, 2019.

BURJATO JÚNIOR, D. **História da liga de combate à sífilis e a evolução da sífilis na cidade de São Paulo (1920-1995)**. Orientador: SAMPAIO, S. A. P 1999. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

COSTA, B. E. P. *et al.* Reflexões sobre a importância do currículo informal do estudante de medicina. **Revista Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 162-168, jul./set. 2012.

DIREÇÃO EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA (DENEM). Coordenação Científica. **Ligas acadêmicas**. Belo Horizonte, jul. 2014. Disponível em: <https://www.denem.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Cartilha-Ligas-Acade%CC%82micas-CoCien.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

HAMAMOTO FILHO P. T. *et al.* Normatização da abertura de ligas acadêmicas: a experiência da Faculdade de Medicina de Botucatu. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.34, n.1 jan./mar. 2010.

HAMAMOTO FILHO, P. T. Ligas Acadêmicas: motivações e críticas a propósito de um repensar necessário. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 535-543, dez. 2011.

OKAJIMA, L. T. *et al.* Percepções de aprendizado entre os alunos da Liga de Ginecologia. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 98, n. 1, p. 72-76, 2019.

SANTANA, A. C. D. A. Ligas acadêmicas estudantis: o mérito e a realidade. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, SP, v. 45, n.1, p. 96-98, jan.-mar. 2012.

SILVA, D. P. *et al.* Proposição, fundação, implantação e consolidação de uma liga acadêmica. **Rev. enferm. UFPE online**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1486-1492, 2018.

TORRES, A. R. *et al.* Academic Leagues and medical education: contributions and challenges. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, SP, v.12, n.27, p.713-20, out./dez. 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO BAIANO. **Resolução nº. 01/2015 de 09 de março de 2015**. Dispõe sobre os procedimentos necessários para a formação e funcionamento das Ligas Acadêmicas no âmbito do Centro de Ciências da Saúde – CCS. Santo Antônio de Jesus, BA: Conselho Diretor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO BAIANO. **Resolução nº. 033/2019 de 30 de outubro de 2019**. Dispõe sobre a normatização dos procedimentos para a formação e funcionamento das Ligas Acadêmicas no âmbito da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Ministério da Educação, Conselho Acadêmico da UFRB, 2019.

Sobre os autores e as autoras

Abdias de Souza Alves Júnior

Mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (UFBA).
Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
(UFRB). Graduando do curso de Medicina (UFRB).

E-mail: abdias.junior.sa@gmail.com

Adailton Alves da Costa Filho

Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
(UFRB). Graduando do curso de Medicina (UFRB).

E-mail: adailtonalvees@hotmail.com

Ádna Caroline dos Santos Almeida

Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde na UFRB.
Atualmente é integrante do grupo de pesquisa SORT (SAÚDE,
ORGANIZAÇÕES E TRABALHO) e é pesquisadora voluntária de
Iniciação Científica (PIBIC) no projeto "Diversidade e inclusão nas
organizações: relações com comportamento de voz e silêncio".

E-mail: adna_caroline08@hotmail.com

Ana Carolina Silva Pinto

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da
Bahia (UFRB). Graduanda do curso de Medicina (UFRB).

E-mail: ana_carolinx@hotmail.com

Ana Clara Menezes Petersen

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da
Bahia (UFRB). Graduanda do curso de Medicina (UFRB).

E-mail: clarapetersen03@gmail.com

Ana Karolline Oliveira Caldas

Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde com
terminalidade em Psicologia pelo Centro de Ciências da Saúde
da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB).
Extensionista dos projetos de extensão "SENTIR" e "Saúde do Campo";
pesquisadora voluntária do projeto de pesquisa "Significados e

práticas da formação em Psicologia entre estudantes da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia”.

E-mail: karolcaldas1999@gmail.com

Ana Lúcia Moreno Amor

Doutora em Biotecnologia em Saúde pela Rede Nordeste de Biotecnologia. Mestre em Patologia Humana (FIOCRUZ) e Bióloga (UFBA). Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde.

E-mail: ana_amor@ufrb.edu.br

Ana Maria Freire de Souza Lima

Graduada em Odontologia (UFBA) e em Fonoaudiologia (UNEB). Especialista em Gestão em Saúde (UNILAB) e Gestão da Atenção Básica (EESP/BA). Doutoranda e Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente da Área de Saúde Coletiva (UFRB).

E-mail: amamariafreire@ufrb.edu.br

Ana Maria Vieira da Silva

Graduada em Medicina e Bacharelado em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde, Santo Antônio de Jesus, BA.

E-mail: amvs.g3@gmail.com

Anderson Rafael Siqueira Nascimento

Graduado em Licenciatura em Pedagogia (Unicesumar). Especialista em Educação Especial: Área da Surdez - Libras (ESAP) e Mestre em Educação pela Universidade Federal da Bahia. Professor Assistente I do Centro de Cultura, Linguagens e Tecnologias Aplicadas pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Coordenador do Grupo de Estudos e Extensão Farol.

E-mail: siqueira@ufrb.edu.br

André Luis Mattedi Dias

Professor Associado do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da UFBA, onde é docente permanente do Programa em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade e do Programa em Ensino, Filosofia e História das Ciências.

E-mail: andre.mattedi@ufba.br

Antônio Kawakame Neto.

Graduado em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFRB). Graduando em Medicina (UFRB). Integrante do Grupo de Pesquisas Saúde Mental, Políticas Públicas de Saúde e Populações em Situações de Vulnerabilidade (MentalPop).

E-mail: kawaneto@hotmail.com

Beatriz Sacramento Oliveira

Graduada em Medicina (UFRB). Graduada em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFRB). Médica atuante pela Secretaria Municipal de Saúde de Tancredo Neves, Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus e Unidade de Pronto Atendimento Antônio Reginaldo Fernandes dos Santos (Santo Antônio de Jesus, BA).

E-mail: bia3110m@gmail.com

Bruna Souza dos Santos

Graduada em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFRB). Graduanda do curso de Medicina (UFRB).

E-mail: souzas_bruna@hotmail.com

Bruno Carvalho Marques

Bacharel em Saúde e graduando do curso de Medicina na (UFRB).

E-mail: brunoanglo.bc@gmail.com

Caio Luiz Coelho Ferreira dos Santos

Graduando do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde/Medicina (UFRB).

E-mail: caiocoelho@gmail.com

Camila Neri Carigé

Bacharela em Saúde e graduanda do curso de Medicina (UFRB).

E-mail: camilaneric_@gmail.com

Camylla Nunes de Melo

Enfermeira, Bacharela em Saúde e graduanda do curso de Medicina (UFRB).

E-mail: camyllamelo14@gmail.com

Carlos Antônio Assis de Jesus Filho

Bacharel em Saúde (UFRB), graduando do curso de Medicina (UFRB),

integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gênero, Raça e Saúde (NEGRAS/UFRB), integrante do grupo de Extensão em Saúde do Campo em Áreas de Reforma Agrária, atual vice-coordenador de ensino da Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF-RECÔNCAVO).
E-mail: nino_assis@outlook.com

Cíntia André dos Santos

Bacharela em Saúde (UFRB), graduanda em Medicina (UFRB), fundadora e atual coordenadora de Estágios e Vivências da Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF-RECÔNCAVO) e membro da atual diretoria geral da Associação Brasileira de Ligas Acadêmica de Saúde da Família (ALASF).
E-mail: cintiandresantos@gmail.com

Clara Maia Bastos Lírio

Graduação em Medicina (UFBA - 2007), com Especialização em Clínica Médica (2009) no Hospital Universitário Professor Edgar Santos e Gastroenterologia (2011) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), e Doutorado em Ciências (2014) pela FMRP, Universidade de São Paulo.

E-mail: clara.bastos@ufrb.edu.br

Cleto José Sauer Júnior

Médico, especialista em medicina interna e cardiologia. Docente do curso de Medicina do Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: cletosauer@ufrb.edu.br

Daiana Gonçalves Ribeiro

Bacharela em Saúde (UFRB); graduanda do curso de Medicina (UFRB). Pós-graduanda em Saúde da Família (UNILAB).

E-mail: daianaa85@hotmail.com

Darcy Andrade Cardoso Lima

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduanda do curso de Medicina (UFRB).

E-mail: darcy_cardoso@hotmail.com

Dóris Firmino Rabelo

Psicóloga, Mestre em Gerontologia e Doutora em Educação. Docente

do Centro de Ciências da Saúde da UFRB, do Mestrado Profissional em Saúde da Família (UFRB) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFBA.

E-mail: drisrabelo@ufrb.edu.br

Douglas Apolônio dos Santos

Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduando do curso de Medicina (UFRB).

E-mail: douglas.apollonio@gmail.com

Edemilton Ribeiro Santos Júnior

Bacharel em Saúde e Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Pesquisador do Grupo de Estudos em Parasitologia Humana da UFRB, no Centro de Ciências da Saúde.

E-mail: edemilton2005@hotmail.com

Eduarda de Jesus Barreto

Graduada em Medicina (UFRB). Graduada em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFRB). Médica atuante pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Governador Mangabeira, Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus e Unidade de Pronto Atendimento Antônio Reginaldo Fernandes dos Santos em Santo Antônio de Jesus.

E-mail: eduardajbarreto@gmail.com

Elizângela Silva Santos

Graduada em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFRB). Graduanda em Psicologia (UFRB), no Centro de Ciências da Saúde (CCS). E-mail: elizangela.silva@aluno.ufrb.edu.br

Emanoel de Araújo Sobral

Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduando do curso de Medicina (UFRB).

E-mail: emanoelsobral@yahoo.com.br

Emanuelle Souza Oliveira Ferreira

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduanda do curso de Medicina (UFRB).

E-mail: manuosferreira@gmail.com

Evelyn Siqueira da Silva

Fisioterapeuta. Mestra em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães(IAM/Fiocruz/PE). Professora Assistente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e Vice-Coordenadora do Programa de Residência de Médica de Família e Comunidade - UFRB. Pesquisadora dos grupos LASAT (IAM/Fiocruz-PE), Laboratório de Sensibilidade e Grupo Saúde do Campo da UFRB.

E-mail: evelynsiqueira@ufrb.edu.br

Fernando Ribas Feijó

Médico, especialista em Medicina do Trabalho e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEl) e Research Fellow da London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). Atualmente é Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (PPGSAT) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Pesquisador do Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador (PISAT) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA.

E-mail: fernandofejomed@gmail.com

Frederico Borges de Andrade

Assistente Social pela UFRJ, Mestre em Políticas Públicas pela UERJ, com estudos em Teoria do Estado e Teoria da Dependência.

E-mail: fredborges.andrade@gmail.com

Gabrielle de Almeida Ferreira

Bacharela em Saúde (UFRB). Graduanda do curso de Medicina (UFRB). Atualmente é membra do Projeto de extensão SENTIR: Laboratório de Sensibilidades da UFRB, Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), com a temática interprofissionalidade, e coordenadora local da Federação Internacional das Associações dos Estudantes de Medicina do Brasil (IFMSA Brazil), comitê local UFRB.

E-mail: gabrielli.ks@hotmail.com

Helena Moraes Cortes

Enfermeira especialista em Atenção Psicossocial no âmbito do SUS (UFPEl). Aperfeiçoamento em Formação de Pessoal em Reabilitação

Psicossocial (Università degli Studi di Torino/Itália). Mestre em Ciências (UFPel). Doutora em Ciências (USP). Vice-Coordenadora Acadêmica Institucional do Mestrado Profissional em Saúde da Família FIOCRUZ/UFRB.

E-mail: helena@ufrb.edu.br

Ícaro Ferreira da Silva

Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduando do curso de Medicina (UFRB). Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde (NEGRAS/UFRB). Coordenador Regional da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), fundador e atual presidente da Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF-RECÔNCAVO).

E-mail: contatoicarofs@gmail.com

Isabella Nader Reis

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduanda do curso de Medicina (UFRB). Membro da Liga Acadêmica de Geronto-Geriatria do Recôncavo da Bahia – LAGERB.

E-mail: bellanreis@yahoo.com.br

Ivana Karolina Sousa Santos

Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde – Enfermagem (CCS/UFRB).

E-mail: ivanakarolina@aluno.ufrb.edu.br

Jéssica Góes da Silva

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduanda do curso de Medicina (UFRB). Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gênero, Raça e Saúde (NEGRAS/UFRB) e do grupo de Estudos em Parasitologia Humana (Gepah) (UFRB). Fundadora e atual tesoureira da Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF-RECÔNCAVO).

E-mail: jelgoes1@gmail.com

Jéssica Mariana Lima de Oliveira

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da

Bahia (UFRB). Graduanda do curso de Medicina (UFRB).
E-mail: jessicamlo@hotmail.com

João Cláudio Barreto Neiva

Graduado em Medicina pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (1999). Residência em Clínica Médica e Oncologia Clínica pelo Hospital dos Servidores Estaduais de São Paulo (2005). Mestrando em Tecnologias em Saúde pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Atualmente atua como Diretor Médico e Oncologista Clínico do Centro de Oncologia e Hematologia da Bahia - Santo Antônio de Jesus. Professor auxiliar da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.
E-mail: jcb.neiva@ufrb.edu.br

Joaquim Tosta Braga Neto

Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduando do curso de Medicina (UFRB).
E-mail: joaquimbragaa@gmail.com

Joedyson Emmanuel de Macedo Magalhães

Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduando do curso de Medicina (UFRB).
E-mail: joedyson_magalhaes@hotmail.com

Joir Lima de Oliveira Júnior

Graduado em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e Médico pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Cirurgia Geral pelo Hospital Santo Antônio/Obras Sociais Irmã Dulce. Especialista em Cirurgia Plástica pelo Programa de Residência Médica da UFBA. Professor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).
E-mail: joiroliveira@ufrb.edu.br

Juliana Gonçalves Dias

Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde/Medicina (CCS/UFRB). E-mail: julianadias@aluno.ufrb.edu.br

Juliete de Jesus Santos

Graduação em Medicina e Bacharela em Saúde (CCS/UFRB). Especialista em Educação Permanente em Saúde (UFRS). E-mail: jusantos.21@hotmail.com

Karoline Santos de Almeida

Graduada em Psicologia (UFRB). Pós-graduada em Psicologia da Educação e Aprendizagem pela Faculdade Única. Atuou como Palestrante no Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, referente à temática "Saúde Mental no Ambiente de Trabalho", para servidores públicos.

E-mail: ksalmeida_psi@hotmail.com

Keline Santos de Carvalho

Atualmente é Residente do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - PRMMGFC, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB. É Médica e Bacharel em Saúde pela UFRB. Mestre em Saúde Comunitária pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, e Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

E-mail: kelinecarvalho@gmail.com

Larissa Nascimento Pinto

Discente do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde com terminalidade em Psicologia (UFRB). Vice-coordenadora da Liga Acadêmica de Saúde Mental. Atuou como monitora bolsista do SENTIR, no qual está integrada. Compõe o Grupo de Extensão em Saúde do Campo e o Farol: Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Surdos na visão Sócioantropológica.

E-mail: larissapintop@gmail.com

Lidiane de Fátima Barbosa Guedes

Professora assistente do Centro de Ciências da Saúde (CCS - UFRB). Coordenadora do Internato Saúde Mental em Redes do curso de Medicina da UFRB; Coordenadora do projeto de extensão Laboratório de Sensibilidades SENTIR; Doutoranda no Instituto de Psicologia-EICOS (UFRJ), Mestre em Psicologia Social (UFS), Especialista em saúde mental e coletiva e graduada em Psicologia (FRB).

E-mail: guedes.lidiane@gmail.com

Luana Brunelly Araújo de Lima

Bacharela em Saúde (CCS/UFRB). Graduada do curso de Medicina (UFRB). E-mail: lubrunelly@gmail.com

Luana dos Santos Conceição Motta

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduanda do curso de Medicina (UFRB). Fundadora e secretária da Liga Acadêmica de Saúde da Família do Recôncavo da Bahia (LASF-RECÔNCAVO). Participa do Grupo de Pesquisa Saúde, Alimentos, Nutrição e Ambiente - SANA. Integrante da Incubadora de Empreendimentos Econômicos Solidários - INCUBA (CCS/UFRB).
E-mail: luanamotta@aluno.ufrb.edu.br

Luana Maria Gabriel Barreto

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduanda do curso de Medicina (UFRB). Bolsista do PET - Saúde Interprofissionalidade no Grupo de Aprendizagem Tutorial em Saúde Mental (GAT III) e fundadora e atual coordenadora de pesquisa da Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF- RECÔNCAVO).
E-mail: luanaufrb2014@gmail.com

Marcelo Dourado Rocha

Professor Adjunto do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências - Prof. Milton Santos da Universidade Federal da Bahia (IHAC/UFBA) e coordenador do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (PPGEISU/IHAC/UFBA). Possui graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (BA) (FO-UEFS), Mestrado em Saúde Comunitária e Doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Possui experiência de ensino, pesquisa e extensão nas áreas de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, História da Educação Médica, Formação de Recursos Humanos em Saúde e Educação Superior em Saúde.
E-mail: mndrocha@gmail.com

Marcílio Dilan Baliza Fernandes

Graduado em Ciências Biomédicas pela Universidade Federal de Pernambuco (1995). Mestre em Genética pela Universidade Federal de Pernambuco (1999) e Doutor em Ciências (Biologia Molecular) pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz (2007), com Pós-doutorado pela Universidade do Algarve - Portugal (2016). É professor associado da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.
E-mail: marcilibaliza@ufrb.edu.br

Marcos André Medrado da Cruz

Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduando do curso de Medicina (UFRB). Fundador e vice-coordenador de Extensão da Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF-RECÔNCAVO), Ligante e vice-presidente da Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia (CCS/UFRB) e membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde (NEGRAS/UFRB).
E-mail: marcosmedrado@aluno.ufrb.edu.br

Maria Beatriz Silva da Costa

Bacharel em Saúde pela UFRB. Trabalhou como diretora na Liga Acadêmica de Geronto- Geriatria do Recôncavo da Bahia - LAGERB. Atuou como organizadora do grupo de pesquisa e extensão envelhecimento saudável e defesa da saúde pública (GECSAU) pela UFRB. Atualmente é graduanda no curso de Medicina da UFRB e monitora do Programa de Extensão em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental.
E-mail: beatrizcosta19@outlook.com

Mariângela Costa Vieira

Graduada em Medicina (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública), Especialização em Medicina de Família e Comunidade (Soc. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade), Mestrado em Saúde Coletiva (Unicamp). Docente do curso de Medicina e coordenadora da Residência em MFC da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).
E-mail: maracv@gmail.com

Marla Niag dos Santos Rocha

Médica pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Ginecologista e Obstetra pelo Programa de Residência Médica da UFBA. Mestranda em Saúde da Família pela FIOCRUZ/Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Professora do Centro de Ciências da Saúde da UFRB e Professora do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana da Faculdade de Medicina da UFBA.
E-mail: marlaniag@ufrb.edu.br

Maurício Santos de Assis

Farmacêutico pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da

Bahia - UFRB. Especialista em Gestão da Saúde (UFRB). Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

E-mail: msdeassis@outlook.com

Mayara dos Santos Souza Ribeiro

Graduada em Medicina (UFRB). Graduada em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFRB). Médica atuante pela Secretaria Municipal de Saúde de São Felipe, Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus e Unidade de Pronto Atendimento Antônio Reginaldo Fernandes dos Santos (Santo Antônio de Jesus).

E-mail: mayarasansouri@gmail.com

Millen Carvalho Cerqueira da Silva

Graduado em Psicologia (CRP 03/21023) pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Pesquisador no grupo de pesquisa: Psicologia, Diversidade e Saúde (EBMSP), no eixo: Psicanálise, Corpo e Cultura. Extensionista no campo de Emergências e Desastres pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Psicanalista Membro Aderente da Abertura para Outro Lacan (Apola Salvador). Um dos idealizadores do "Acolhimento psicológico em tempos de isolamento social".

E-mail: millencarvalho@gmail.com

Miris Andrade Peixoto Tedgue

Especialista em Saúde Coletiva com área de concentração em Doenças Cardiovasculares, pelo Hospital Ana Nery e Instituto de Saúde Coletiva (UFBA); Especialista em Saúde da Família pela Escola Estadual de Saúde Pública-SESAB; Graduada em Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Atuou como Professora Substituta do Colegiado de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2019-2020. Atual Cardiointensivista no Hospital Ana Nery.

E-mail: miris.tedgue@gmail.com

Mithaly de Jesus Teixeira

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduanda do curso de Medicina (UFRB).

E-mail: mithalyjteixeira@gmail.com

Monique Araújo de Medeiros Brito

Docente no CCS / UFRB, atuando no Internato Saúde Mental em

Redes. Integrante do Laboratório de Sensibilidades SENTIR (UFRB) e do Laboratório AfeTAR (UERJ). Doutora em Psicologia Social (UERJ) / Université Paris 13 - França. Mestra em Saúde Coletiva / Comunitária e Sanitarista Especialista em Saúde Mental pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, graduada em Psicologia pela UFRN.
E-mail: moniqueambrito@ufrb.edu.br

Myriam Raffaella Rabelo Criscuolo

Graduada em Agronomia (UFV). Graduada em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFRB). Graduanda do curso de Medicina (UFRB).
E-mail: mycriscuolo@hotmail.com

Natália Oliveira dos Santos

Graduada em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFRB). Graduanda em Psicologia pela (CCS/UFRB).
E-mail: nataliaolds@gmail.com

Neilane Pereira Dourado

Bacharel em Saúde (UFRB). Técnica em Instrumentação Cirúrgica, pela Unidade de Ensino e Pesquisa Integralizada (UNEP). Trabalhou como diretora na LAGERB - Liga Acadêmica de Geronto-Geriatria do Recôncavo da Bahia (UFRB). Atuou como organizadora do grupo de pesquisa e extensão Envelhecimento Saudável e Defesa da Saúde Pública (GECSAU) (UFRB). Atualmente é graduanda no curso de Medicina (UFRB).
E-mail: neilanedourado24@gmail.com

Paula Hayasi Pinho

Doutora em Ciências e Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem da USP. Graduação em Psicologia pela Universidade Paulista. Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde.
E-mail: phpinho@ufrb.edu.br

Paulo Plessim de Almeida Filho

Médico pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Especialista em Cirurgia Geral pelo Programa de Residência Médica da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Especialista em Cirurgia Plástica pelo

Programa de Residência Médica da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Atenção Básica em Saúde pelo Programa de Valorização Profissional da Atenção Básica da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Professor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

E-mail: pauloplessim@ufrb.edu.br

Rafaela Assunção Costa Souza

Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduanda do curso de Medicina (UFRB).

E-mail:rafaelaassuncao@outlook.com

Raícia dos Santos Carneiro

Graduanda no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde/Enfermagem (UFRB). Atualmente, integra o grupo de extensão SENTIR: Laboratório de Sensibilidades.

E-mail: raiciasc@outlook.com

Raissa de Figueirêdo Carvalho

Bacharela em Saúde (UFRB). Engenheira Florestal (UFS). Engenheira de Segurança do Trabalho pela Faculdade de Tecnologia e Ciências. Graduanda do curso de Medicina (UFRB).

E-mail: raissadefigueiredo@gmail.com

Raoni da Silva Andrade

Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduando do curso de Medicina (UFRB).

E-mail: raoniandrade21@hotmail.com

Samara Almeida Guimarães

Bacharela em Saúde (UFRB). Trabalhou como monitora nos componentes Laboratório de Língua Inglesa I e IV e no projeto de pesquisa de apoio à mulheres quilombolas (UFRB). Atualmente é graduanda no curso de Medicina da UFRB, monitora no Programa de Extensão em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental (UFRB) e participante do projeto de pesquisa de ensino de inglês para crianças das comunidades no entorno da UFRB.

E-mail: samaraaguimaraes@gmail.com

Sandro Silveira Soares Sobrinho

Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduando do curso de Medicina (UFRB). Pós-graduando em gestão hospitalar e auditoria em serviços de saúde pela Estratégico. E-mail: sandrossobrinho@gmail.com

Sibele de Oliveira Tozetto

Cursou Biologia do Desenvolvimento na Eberhard Karls Universität Tübingen, Alemanha 1989, Diplom Arbeit, com ênfase em Desenvolvimento (Embriologia) 1991. Doutorado em Biologia do Desenvolvimento, na Eberhard Karls Universität Tübingen, Alemanha em 1997. Pós-Doutorado em Biologia do Desenvolvimento em 2004, na Universidade de São Paulo, Departamento de Genética, Campus de Ribeirão Preto e em Microbiologia em 2020, na Universidade de Valencia, Espanha. Atualmente é Professora Associada da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. E-mail: sibele.tozetto@ufrb.edu.br

Tainá Amorim Gois

Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduanda do curso de Medicina (UFRB). E-mail: tainagoismed@aluno.ufrb.edu.br

Tânia Guimarães Lapa

Professora Auxiliar do Centro de Ciências da Saúde da UFRB, com Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (UFBA, 2019). Graduada em Medicina (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 1990), com residência em Pediatria (Hospital Martagão Gesteira, 1994). Exerce a função de Médica Pediatra no Hospital Geral Roberto Santos e no Hospital Geral do Estado. E-mail: tania.lapa@ufrb.edu.br

Tatiana Almeida Couto

Doutoranda em Ciências da Saúde na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Mestra em Ciências da Saúde (UESB), Especialista em Saúde Coletiva (UESB), Enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Atualmente é Coordenadora e Docente do Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Ciências e Empreendedorismo. E-mail: tatiana_almeidacouto@hotmail.com

Valéria Dantas Alves Ferreira

Médica pelo Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO).
Residência médica em Ginecologia e Obstetrícia – UNIFESO.
Professora auxiliar do curso de Medicina da UFRB.

E-mail: valeriadantasaf@gmail.com

Wemíria de Fátima Lima Lopes

Biomédica (Centro Universitário Uninovafapi). Graduada em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFRB). Graduanda no curso de Medicina (UFRB). Integrante do Programa de Extensão e Monitoria em Técnicas Operatórias e Cirúrgicas (UFRB), membra da Liga Acadêmica de Cardiologia do Recôncavo da Bahia (LACARB/UFRB).

E-mail: wemiria18@hotmail.com

Yago Vinicius de Santana Brito

Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Graduando do curso de Medicina (UFRB).

E-mail: yagoviniciussd@hotmail.com

A criação do curso de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia fez parte do processo de descentralização das Universidades Federais, possibilitando melhorias na qualidade do ensino em regiões negligenciadas. O ensino, a pesquisa e a extensão estão atrelados fortemente ao projeto pedagógico deste curso, aprimorando diferentes tecnologias e acolhendo novos saberes de grupos sociais em suas diversidades culturais. O perfil acadêmico do curso é múltiplo e se responsabiliza pela construção de novas realidades, ávidas por melhorias na qualidade de vida da população local, respeitando olhares, sentimentos e objetivos singulares. A *Coleção Sucesso Acadêmico na Graduação da UFRB* expõe experiências originais que comprovam o desenvolvimento, amadurecimento e consolidação de uma identidade acadêmica própria.

ISBN: 978-65-88622-33-9



9 786588 622339 >



Editora UFRB