

Capacitação na Atenção à Saúde do Adolescente: Experiência de Ensino

Training in Adolescent Health Care: Teaching Experience

Maria Sylvia de Souza Vitale¹
Regina Guise de Almeida^{II}
Flávia Calanca da Silva¹

RESUMO

Trabalho realizado para aferir a instrumentalização recebida por pediatras em curso de Capacitação em Atenção à Saúde Integral do Adolescente. O curso foi realizado no Setor de Medicina do Adolescente da Unifesp, com 10% dos pediatras que atuam na rede municipal de saúde da cidade de São Paulo, com atividades teóricas, teórico-práticas, visitas técnicas, supervisão de intervenções/casos e atualizações nas temáticas prioritárias desta faixa etária. Foram realizados pré e pós-testes com questões de múltipla escolha, um questionário aberto. Dos 120 pediatras inscritos, 85 completaram o curso, 73 (85,8%) eram do sexo feminino, a mediana do tempo de atuação em pediatria foi de 18 anos. Se perceberam mais capazes de melhorar a qualidade no atendimento, trabalhar em grupos/equipe multiprofissional, desenvolver ações educativas, diagnosticar melhor doenças e situações de risco, fazer prevenção de doenças, discutir casos e estratégias com outros profissionais, multiplicar conhecimento. Os resultados obtidos sugerem que o modelo de capacitação desenvolvido é adequado para instrumentalizar o profissional já inserido no mercado de trabalho, embora, pela característica do conhecimento médico, deva haver um processo permanente de aquisição de novos conhecimentos e refinamento dos já adquiridos.

ABSTRACT

This study aimed to assess the operational education received by pediatricians in a training course on Comprehensive Health Care for Adolescents. The course was held at the Department of Adolescent Medicine of UNIFESP and included 10% of the pediatricians working in the São Paulo municipal health system, with theoretical and practical activities, technical visits, intervention/case supervision, and support for updates in the most relevant health conditions in this age bracket. The pediatricians were tested before and after the course with multiple-choice questions and with an open-ended questionnaire. Of the 120 pediatricians enrolled, 85 completed the course, 73 (85.8%) of whom were women. They had been working as pediatricians for an average of 18 years. Perceived themselves as more capable of providing better health care, working in multi-professional teams, developing educational activities, diagnosing diseases and risk situations, preventing diseases, discussing cases and strategies with other professionals, and multiplying knowledge. The results suggest that the training model is suitable for providing operational education to professionals already in the job market, although requires continuous acquisition of new knowledge and the refinement of previously acquired knowledge.

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica.
- Capacitação.
- Cursos de Capacitação.
- Educação Continuada.
- Educação Baseada em Competências.
- Adolescente.

KEYWORDS

- Education, Medical.
- Training.
- Training Courses.
- Education, Continuing.
- Competency-Based Education.
- Adolescent.

Recebido em: 19/09/2008

Reencaminhado em: 22/02/2009

Reencaminhado em: 06/09/2009

Reencaminhado em: 08/12/2009

Aprovado em: 27/01/2010

Trabalho realizado no Setor de Medicina do Adolescente da Disciplina de Especialidades Pediátricas do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo.

¹ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

^{II} Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A adolescência, conceituada pela Organização Mundial de Saúde¹ (1975) como o período da vida que vai dos 10 aos 20 anos de idade incompletos, é área de atuação da pediatria, conforme regulamentação do Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Conselho Nacional de Residência Médica, regulamentada pela Resolução nº 1, no *Diário Oficial da União*, de 14/05/2002.

Historicamente, são poucas as escolas médicas que na graduação preparam o aluno em formação para atender essa área específica. Na formação pediátrica enfatizam-se as questões que envolvem indivíduos de até 12 anos de idade. Nos últimos anos, tem-se observado inserção na grade curricular, embora ainda de maneira insuficiente, de conhecimentos voltados para a saúde do adolescente. Nesse sentido, há que se preocupar com o profissional que está inserido no mercado de trabalho há algum tempo e se sente incapaz, despreparado e, muitas vezes, impotente para atuar com esta faixa etária.

Existe a expectativa de que o pediatra deva cuidar da saúde dos lactentes, crianças e adolescentes, e acompanhá-los em seu crescimento e desenvolvimento para que atinjam seu pleno potencial na vida adulta. No entanto, é crescente o entendimento de que os problemas de saúde — física, emocional, mental e social — de crianças diferem daqueles dos adolescentes, bem como suas respostas frente ao estresse e às enfermidades. Assim, este grupo necessita de um olhar diferenciado e atento, que se aproprie de metodologia e saberes específicos para dar o suporte adequado e resolutivo para cada situação.

Ao atender o adolescente, o médico tem o papel de educador desenvolvido na esfera da consulta, colocando-se como facilitador frente às questões do adolescente, surgindo algumas reflexões: como facilitar ou educar? O que um adolescente espera do médico: orientações, conselhos, identificações?^{2,3}.

Pelo exposto, justifica-se a realização deste trabalho para aferir a instrumentalização recebida por médicos pediatras formados e avaliar o quanto eles se sentem preparados para atender e acompanhar os indivíduos que se encontram nessa fase de vida, a fim de estabelecer ações para aprimorar a atuação de profissionais com esse perfil.

MÉTODOS

1. Casuística

Foram inscritos nas Coordenadorias Regionais de Saúde 10% dos pediatras da rede municipal de saúde (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo — SMS — SP), para realizar um curso com profissionais especialistas do Setor de Medicina do Adolescente (Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente — CAAA) da disciplina de Especialidades Pediátricas do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina, no período de janeiro a setembro de 2005. O curso foi composto das seguintes atividades:

te — CAAA) da disciplina de Especialidades Pediátricas do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina, no período de janeiro a setembro de 2005. O curso foi composto das seguintes atividades:

- **teóricas** — encontros semanais com duas horas de duração para discutir assuntos pertinentes à área com profissionais do CAAA e professores convidados de outras áreas com intersecção com o tema. Após a exposição teórica, era aberta ampla discussão com a participação de todos, enriquecendo a abordagem e tendo os profissionais a oportunidade de comentar suas experiências e últimos avanços técnico-científicos. Nessas aulas ofereciam-se atualizações nas temáticas prioritárias da adolescência⁴: peculiaridades da consulta do adolescente, saúde mental, sexual e reprodutiva, gravidez, vacinação, drogadição, violência, marcas corporais (*piercings* e tatuagens), intercorrências do desenvolvimento pubertário e abordagem das principais afecções (acne, estrias, obesidade, dismenorrea, distúrbios menstruais, DST/aids), crescimento normal e deficiente, maturação sexual, o adolescente frente às doenças crônicas, dificuldades escolares, avaliação nutricional, transtornos alimentares, questões odontológicas e fonoaudiológicas, a importância da família, do trabalho, do lazer e da recreação, além dos aspectos psicossociais;
- **teórico-práticas** — discussão de casos clínicos, com encontros de duas horas semanais de estágio em serviço. Cada pediatra atendia 1,5 hora/semana pacientes adolescentes (por vezes, mais pacientes eram inseridos na rotina diária do médico), sendo supervisionado por profissional docente;
- **supervisão de intervenções/casos clínicos e visitas monitoradas** — a cada 15 dias ocorriam reuniões com subgrupos para discussão e encaminhamento dos casos atendidos;
- **supervisão da abordagem psicoemocional** — encontros quinzenais, com duração de duas horas semanais, para discussão das questões psicossociais com docentes que atuam na área da psicologia.

Os cenários de aprendizagem utilizados foram salas de aula e as unidades de saúde em que os profissionais atuavam.

2. Métodos

Pesquisa de caráter exploratório, descritiva, cuja técnica de investigação foi testemunho, realizada por meio da aplicação

de questionário de respostas abertas como estratégia de avaliação⁵. O questionário era composto por questões com formulação e ordem uniformizadas, para as quais não se ofereciam opções de respostas. As perguntas eram: 1. Quais as ações que já realizava em saúde do adolescente antes do curso? 2. O que espera ser capaz de realizar a partir do curso? 3. Para as ações/projetos que pretende desenvolver, que recursos faltam em sua unidade (equipe/profissionais de outras categorias, sala, material, etc.)?

As falas dos médicos obtidas nos questionários mostram as unidades de significado ou temas identificados em seus depoimentos, e a análise de conteúdo procura revelá-los por meio da compreensão do modo de produção social dessas falas e também detectar os valores de referência e os modelos de comportamento presentes nesses discursos, auxiliando na compreensão do discurso além do seu significado imediato. A análise de conteúdo é formada por “[...] um conjunto de técnicas, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”⁶ (p. 42).

Com base nesse roteiro temático foram identificados os seguintes eixos direcionadores:

- representação dos pediatras sobre a adolescência;
- mudanças sentidas e percebidas ao longo da realização do curso;
- alterações na forma de atuação;
- convívio com a área de atuação — Adolescência.

Foram realizados pré e pós-testes com questões de múltipla escolha para avaliação de conhecimento de conteúdo, além de questionário aberto para avaliação de expectativas quanto às perspectivas de trabalho futuro após a realização do curso. O pré e os pós-testes constavam ao todo de 13 questões, sendo quatro dicotômicas (verdadeiro, falso); as demais eram testes de múltipla escolha com cinco opções, das quais somente uma estava correta. Pretendia-se aferir o que se julga como conteúdo essencial para o atendimento do adolescente no dia a dia. Portanto, os pré e pós-testes se referiam a acompanhamento do crescimento (estadiamento de Tanner e sua relação com o estirão pubertário), esquema vacinal, sexualidade (contracepção, sexualidade, irregularidade menstrual, gravidez, confidencialidade e ética no atendimento ao adolescente) e avaliação da condição nutricional. Como avaliação de conteúdo, se pretendeu verificar a aquisição desse conhecimento do “saber” médico para atuar com essa faixa etária^{7,8}. Limitamos a verificar se houve mudanças no nível geral das notas do

grupo entre o pré e o pós-teste, pois, sabidamente, uma das limitações desse tipo de instrumento que avalia o conhecimento imediatamente antes e depois é não conseguir discriminar do que as pessoas se lembrarão decorrido algum tempo após a formação, nem se irão utilizar em seu trabalho o que aprenderam durante a formação⁹. O pré-teste funcionou como autoavaliação do aluno em relação à matéria que seria apresentada.

A supervisão em campo (supervisão de intervenções/casos clínicos e visitas monitoradas) propiciou a avaliação do desempenho frente ao paciente e de competências (habilidades e atitudes). Define-se desempenho aqui conforme citado por Ferreira¹⁰ (p. 556): “execução de um trabalho, atividade, empreendimento, etc., que exige competência e/ou eficiência”, entendendo-se que o desempenho, em seus domínios cognitivo, afetivo e psicomotor, é indicador da eficiência do currículo ou dos métodos de ensino¹¹. Assim, foram verificadas as seguintes competências: relacionamento com o paciente e como este é percebido em seu amplo espectro físico, moral, mental e social; distinguir a condição saudável da de doença; fazer de forma clara e abrangente a história e exame clínicos que propiciem o encaminhamento correto do raciocínio para a solicitação ou não de exames subsidiários e chegar às hipóteses diagnósticas plausíveis e efetivo tratamento e/ou encaminhamento do caso. A supervisão *in loco* se baseou em método eminentemente prático, com ênfase no *feedback* imediato e personalizado (do tutor ao aluno e entre alunos). As habilidades e atitudes foram avaliadas pelas falas dos sujeitos de pesquisa nos ambientes de supervisão.

Ao final do curso, ainda para avaliação de desempenho, além do pós-teste e supervisão em campo, cada um entregou um relatório geral de atividades onde constava uma autoavaliação, críticas e sugestões, também sob a forma de questionário aberto, com as seguintes questões: 1. Qual a sua avaliação geral do curso? As expectativas iniciais foram atingidas? Aponte críticas e sugestões. 2. Dos temas abordados, quais os que melhor aproveitou na sua prática, na unidade de saúde onde atua? Comente. 3. O que faltou abordar? Procure citar temas específicos em saúde do adolescente. 4. Como você avalia sua participação neste curso? 5. Pensando na organização de serviço em saúde do adolescente, como pretende contribuir com sua equipe no desenvolvimento de projetos e ações em sua unidade? 6. Como a Área Temática de Saúde do Adolescente e do Jovem pode contribuir na construção de seu processo de trabalho? Proponha demandas objetivas.

Anteriormente, para corrigir imperfeições, um teste piloto dos questionários, pré e pós-testes foi aplicado em médicos já formados que frequentavam as reuniões clínicas do Setor de Medicina do Adolescente e que não participaram do universo da pesquisa.

Tanto os questionários quanto os pré e pós-testes foram respondidos em sala de aula, após explanação dos pesquisadores sobre o objetivo e a natureza da pesquisa, sendo mantidos o anonimato e a confidencialidade.

Este estudo está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo, Unifesp, nº 0682/07.

RESULTADOS

Dos 120 pediatras inscritos, 85 completaram o curso. A amostra se constituiu em 73 (85,8%) pediatras do sexo feminino e 12 (14,2%) do masculino. O tempo de atuação em pediatria variou de 2 a 35 anos, com mediana de 18 anos, e a idade dos participantes variou de 29 a 62 anos.

Dos 85 sujeitos que completaram o curso, um não fez o pré e o pós-teste, um não fez o pré-teste, e dois não fizeram o pós-teste, todos os três do sexo feminino. Foram realizados, portanto, 83 pré-testes e 82 pós-testes. Dos 82 pediatras que responderam ao pré e aos pós-testes, somente 9 (10,98%) não obtiveram aumento em sua nota, sendo dois deles do sexo masculino. Houve aumento no número de acertos de 8 (61,5%) para 11 (84,6%) do pré-teste para o pós-teste. De modo geral, os alunos tiveram maior percentagem de acerto no pós-teste, indicando a validade do material. Tentou-se ainda buscar se havia algum padrão que indicasse que notas aumentaram mais (pediatras mais jovens e mais antigos na profissão), mas não foram encontradas associações (dados não mostrados).

Os profissionais apresentavam as seguintes expectativas:

- Receber atualização continuada
- Ter a possibilidade de fazer estágio e visitas monitoradas a outros serviços especializados
- Oferecer atenção diferenciada aos adolescentes em sua prática diária
- Realizar trabalho multiprofissional com maior preparo e segurança para discutir casos com profissionais de outras categorias e trabalhar juntos
- Desenvolver grupos de adolescentes em equipe multiprofissional
- Desenvolver maior visão para educação em saúde
- Dar importância à participação intersetorial e a parcerias com instâncias diferentes e complementares à saúde
- Aumentar a demanda/acolhimento de adolescentes em sua unidade
- Capacitar adolescentes para serem multiplicadores junto a seus pares

- Aprender mais sobre atendimento em grupo, atendimento em equipe e uso/manejo de material didático para a população adolescente

As falas abaixo representam sinteticamente o que expressaram os profissionais que realizaram o curso, com relação a seus conhecimentos, habilidades e atitudes:

“Tenho recebido muitas solicitações de pais e dos próprios adolescentes para dar orientações [...] os adolescentes que abordei para participação no grupo foram muito receptivos e estão entusiasmados, também estou entusiasmado”.

“Melhorar o atendimento ambulatorial, com mais informações aos pacientes quanto a prevenção, patologias e outras questões”.

“Otimizar o meu atendimento aos adolescentes, tendo mais aptidões e entendendo melhor como lidar e resolver suas queixas — tanto clínicas quanto Psicossociais”.

“Agora, com melhor visão, é possível melhor atendimento e acolhimento, além de multiplicar os conhecimentos adquiridos”.

“Não dá pra saber tudo, resolver tudo, trabalhar com uma equipe facilita a troca, amplia o universo de informações”.

“O trabalho em equipe é bom para o paciente e é muito bom para mim”.

“Posso abordar o adolescente em relação à sua sexualidade, melhorou meu entendimento do modo de ser do adolescente, estou mais seguro para atender”.

“Despertou em mim o conceito de troca de experiências com o adolescente, entendendo-o melhor e entendendo que ele também pode gerar conhecimentos e ajudar a multiplicá-los”.

“A abordagem sobre sexualidade e contracepção foi muito proveitosa para a minha prática. Tenho atuado com grupos e o resultado tem sido muito bom”.

“O adolescente é um ser social, tenho que atuar na família, na escola, no grupo de pares, na ‘balada’”.

“Passei a propor à gerência da unidade que incluísse mais adolescentes na minha agenda diária”.

Os pediatras que completaram o curso perceberam-se mais capazes de:

- Melhorar a qualidade do atendimento
- Escuta diferenciada
- Trabalhar em grupos/equipe multiprofissional
- Desenvolver ações educativas
- Diagnosticar melhor algumas doenças e situações de risco
- Fazer prevenção de doenças que seriam identificadas somente na fase adulta
- Discutir casos e estratégias com outros profissionais
- Multiplicar conhecimento
- Aprofundar a anamnese
- Detalhar o exame físico (maior segurança na abordagem)
- Ter visão abrangente, não restrita ao aspecto médico, entendendo que o médico tem uma função também social e educativa
- Propor atendimento diferenciado ao adolescente em relação à criança (desde a rotina, dias/horários de atendimento, espaço físico, fluxo).

DISCUSSÃO

O questionário aberto tem como ponto forte propiciar um espaço para que o indivíduo emita sua opinião, pois não há respostas predeterminadas, que podem limitar a expressão correta das opiniões, levando, eventualmente, o respondente a se sentir forçado a escolher uma resposta porque a sua verdadeira opinião não se acha na lista apresentada¹². Além disso, algumas precauções foram tomadas para melhorar a taxa de respostas, como um questionário curto, com poucas questões e apresentação atraente, espaço adequado ao preenchimento logo após a questão e perguntas claras e simples. Além disso, foi solicitado o preenchimento no local, com a presença dos pesquisadores, para elucidar eventuais dúvidas de interpretação. Entretanto, não houve nenhum questionamento dos participantes durante o preenchimento. “Nesse tipo de questionário é possível exprimir o pensamento pessoal, traduzindo-o com suas próprias palavras, usando seu próprio sistema de referências”⁵ (p. 186). Portanto, trata-se de um instrumento muito útil quando o leque de respostas possíveis pode ser amplo ou imprevisível, permitindo, ainda, ao pesquisador assegurar-se das competências do interrogado pela qualidade das respostas obtidas.

Por outro lado, como limitação, deve se considerar que, se uma questão é ambígua, o interrogado não tem referência nenhuma para esclarecê-la e, assim, as respostas obtidas podem estar muito distantes das expectativas do pesquisador. As comparações entre os sujeitos da pesquisa também serão mais difíceis de estabelecer. A obrigação de redigir uma resposta poderá

ainda provocar tal aversão pelo fato de o sujeito não se sentir capaz ou até por preguiça, e a taxa de respostas pode se achar reduzida⁵. Consideramos que a motivação que o grupo apresentava, demonstrada pela intensa participação em todas as fases do processo, desde as teóricas, até as práticas, deve ter minimizado esse tipo de problema, inerente ao instrumento utilizado.

Foi realizada uma avaliação diagnóstica no início do curso por meio de prova de resposta fixa (pré-teste), com questões de múltipla escolha. Esta avaliação visava aferir o que o profissional sabia, dentro do universo do que deveria saber, para solucionar os casos de pouca complexidade (que são a demanda do dia a dia na unidade básica de saúde), sem necessitar recorrer aos especialistas. O pré-teste funcionou como um instrumento de autoavaliação do aluno em relação à matéria que seria apresentada, servindo para autorreflexão.

No final do curso, o pós-teste e os relatos (citados em resultados) apontaram o conhecimento adquirido naquele processo. É importante referir que o processo ensino-aprendizagem não se limita à soma de todas as partes que o contém: objetivos, conteúdos, metodologias e avaliação. É muito mais amplo, pois cada parte, em sua essência, contém o todo, e a avaliação é de extrema importância (podendo ser diagnóstica, formativa ou somativa)⁷ para que se possa interferir de forma positiva e construtiva nesse processo e maximizar os resultados.

O aumento na porcentagem de acerto no pós-teste indica a validade do material, que, embora não consiga aferir ao longo do tempo o que o profissional aprendeu nem o que exatamente incorporou ao seu dia a dia, serve como estímulo para uma reflexão sobre seus pontos fracos e fortes, e ajuda o profissional a assumir a responsabilidade de avaliar seus progressos pessoais e de refletir sobre eles, pois só ele sabe exatamente onde se encontram suas áreas de dificuldade.

Houve mudanças no nível geral das notas do grupo entre o pré-teste e o pós-teste, não se verificando a existência de algum padrão que apontasse que notas aumentaram mais. Isto talvez tenha ocorrido nessa amostragem por dois motivos: 1. o ensino de adolescência, embora atualmente presente na graduação, de modo geral, ainda é bastante precário, ficando a formação muito aquém da desejada, não se conseguindo ainda detectar diferenças entre os pediatras mais velhos, que não tiveram formação, e a mais jovem, com alguma formação; 2. para fazer o curso, o profissional se inscrevia em sua unidade de saúde e, muito possivelmente, se inscreveram aqueles que tinham algum interesse ou afinidade pelo tema, não sofrendo, portanto, interferência da faixa etária.

Ao longo do curso, avaliou-se o desenvolvimento das habilidades cognitivas e não cognitivas (atitude, destreza, habilidade interpessoal) durante as supervisões de caso clínico

nas unidades de trabalho. Qualquer que seja a área de atuação ou especialidade do médico, espera-se que ele apresente e desenvolva competências — conhecimentos, habilidades e atitudes — que o instrumentalizem de forma adequada e permitam que desempenhe seu trabalho de forma eficaz⁸. Assim, é necessário que, durante a graduação e ao longo de toda a sua atuação, *a posteriori*, os profissionais adquiram e desenvolvam essas competências, sabendo utilizar as fontes de informação disponíveis e os recursos, tanto clínicos quanto laboratoriais, necessários e suficientes para o estabelecimento do diagnóstico e condutas corretas.

A finalidade básica das supervisões *in loco*, no próprio ambiente de trabalho, possibilitou familiarizar o profissional com as doenças que frequentemente os adolescentes apresentam. Permitiu, ainda, desenvolver a capacidade de realizar uma observação clínica, que, embora muitas vezes rápida e concisa, propiciava a análise e a valorização dos sinais vitais, dados antropométricos e principais características a serem observadas nessa faixa etária (desenvolvimento puberal, vacinação, principais afecções, sexualidade, escolaridade, situações de risco), capacitando-os a tomar decisões e a fazer encaminhamentos adequados e qualificados dos casos que não são da alçada de uma unidade básica de saúde em virtude de sua complexidade.

O contato da equipe de supervisão com os pediatras forneceu subsídios para a avaliação de competências, pela observação de atividades e habilidades, como: assiduidade, responsabilidade, cooperação, iniciativa, qualidade do trabalho desenvolvido, assistência oferecida. Observou-se ao longo do período o incremento destas habilidades. Portanto, em última análise, esse contato contribuiu para a promoção da saúde e a prevenção de doenças de forma diferenciada, envolvendo menor custo e propiciando que o médico atuante percebesse de forma ímpar as características socioeconômico-culturais da comunidade atendida. Pode o médico perceber, portanto, que, além da questão técnica que o seu saber envolve, o paciente oferece seus relatos pessoais em troca de cuidados; este quer ressignificar suas histórias, e o cuidado médico envolve não só o manejo seguro de sintomas, como o cuidado que a relação médico-paciente proporciona¹³. É obrigação dos educadores equipar aqueles que estão em fase de aprendizagem com as habilidades de enxergar, reter, articular e compreender a posição dos pacientes, prestar atenção às suas palavras, entender como a emoção do profissional pode afetar suas percepções e, conseqüentemente, toda a sua prática clínica¹⁴.

A atividade de supervisão é o momento que possibilita o *feedback* imediato, que é extremamente interessante como estratégia de aprendizado de como cumprir uma tarefa, desde que “assertivo, respeitoso, descritivo, oportuno e específico”¹⁵. Nesse sentido, na atividade de supervisão, as “Regras de Pen-

dleton”, citadas por Troncon¹⁵, são de particular auxílio, pois sistematizam os passos a serem seguidos pelo supervisor/preceptor ao perguntar ao aprendiz: “o que foi bem feito?” e “o que pode ser melhorado?”; e, a seguir, comentar com ele: “o que foi bem feito” e “o que pode ser melhorado”, e finalizar essa situação resumindo os pontos principais das percepções tanto de quem está no papel de ensinar, quanto daquele que está no papel de aprender.

A supervisão *in loco* propiciou, ainda, a diminuição do distanciamento entre os cenários de aprendizagem e assistência, minorando a fragilidade do processo ensino-aprendizagem, uma vez que reconhece o lugar da prática (ambulatórios) como local privilegiado de aprendizagem, demonstrando que o aprender e o fazer têm dinâmicas de conexão e complementaridade, e atribuem significados à prática¹⁶, entendendo que o cenário da prática educativa não está desvinculado do cenário da prática clínica¹⁷.

A Pediatria é a área da Medicina que se ocupa do crescimento e desenvolvimento humanos, e seu campo de atuação abrange desde a concepção até o final da adolescência, quando se encerra o crescimento do indivíduo^{18,19}. Acredita-se ser mais fácil para os pediatras do que para os clínicos gerais o cuidado com a saúde dos adolescentes porque aqueles estão mais acostumados a acompanhar as fases de crescimento e conhecem a situação familiar e os antecedentes de seus pacientes antes do início da puberdade^{20,21}. Desta forma, o ensino da Medicina do Adolescente tem sido responsabilidade dos Departamentos de Pediatria ou Materno-Infantis^{22,23}. Para melhorar a atenção a este grupo populacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) inclui em suas estratégias a formação de recursos humanos na área de saúde do adolescente²⁴.

Em 1978, a Academia Americana de Pediatria concluiu que 66% dos pediatras se sentiam insuficientemente treinados no cuidado aos adolescentes e que os Departamentos de Pediatria deveriam preparar estes médicos²⁵. Apesar disso, estudos realizados posteriormente nos EUA continuaram mostrando que muitos pediatras não atendiam pacientes mais velhos por não se sentirem capacitados²⁶⁻²⁹.

Blum³⁰, em levantamento efetuado com médicos da assistência primária (clínicos gerais, pediatras e médicos de família) para verificar as competências no cuidado à saúde de adolescentes, constatou que a maioria carecia de conhecimentos, principalmente nas áreas relacionadas a problemas sociais ou emocionais (suicídio, depressão, conflitos familiares). Apresentavam ainda dificuldade para lidar com situações de alto risco à saúde, como abuso de drogas e álcool, distúrbios alimentares, homossexualismo e delinquência juvenil³⁰. Um estudo sobre atitudes e conhecimentos de médicos residentes sobre temas de saúde do adolescente mostrou que os principais obstácu-

los na atenção primária para atender adolescentes foram: falta de treinamento e tempo para lidar com problemas específicos desta área e a existência de grande número de problemas psicológicos e/ou sociais considerados “não médicos”³¹.

Embora não tenhamos encontrado diferenças entre médicos mais velhos e mais jovens, alguns trabalhos relatam que médicos que tiveram algum treinamento em Medicina do Adolescente durante a residência demonstram maior possibilidade de lidar adequadamente com questões relativas a esta faixa etária^{32,33}. Apesar disso, sabe-se que a resistência para lidar com problemas sociais, de conduta e morbidade pode e deve ser corrigida na escola médica, ou as barreiras persistirão nas práticas clínicas³⁴. Ressalte-se novamente, portanto, a necessidade de adequação de conteúdos e preparo de competências ao longo de todo o exercício da profissão, principalmente para situações em que não houve formação durante a graduação, tais como aquelas que exigem escuta diferenciada e acolhedora na direção da real atenção à saúde do adolescente. É importante também salientar a necessidade de avaliação contínua, para verificar a real participação e captação de conhecimentos, que pode ir desde as atividades de assistência sob supervisão docente, até atividades de pesquisa e ensino, se assim for desejado³⁵.

As sociedades de pediatria do Cone Sul³⁶ referendam que esse ensino deve se realizar de tal modo que respeite a integralidade da atenção e a não fragmentação em especialidades, fazendo com que se tenha uma compreensão integral da criança, dentro de seu contexto sociocultural e familiar. Da mesma forma deve ser entendido o ensino da atenção ao adolescente. No atendimento dessa população, muitas vezes, há o envolvimento de diversas especialidades, cujo treinamento pode afetar a qualidade da assistência prestada. Assim, pode-se dizer que a fragmentação pode criar confusão sobre a identidade da assistência primária e diminuir sua importância, já que não se fala a mesma linguagem, criando repercussões ainda no *status* profissional³⁷.

Como afirma Sileo³⁸, os adolescentes são atendidos frequentemente por ginecologistas, endocrinologistas, psiquiatras, etc. que costumam apresentar, até por contingências relativas a cada área, uma visão fragmentada do adolescente; por outro lado, os pediatras que atuam nos centros de atenção primária e secundária e costumam ser os primeiros a cuidar destes jovens necessitam de treinamento na área de Medicina do Adolescente. A mesma situação é observada em tempos mais atuais em países como a Suíça³⁹.

Existem algumas barreiras a superar no processo de implantação de programas educacionais para profissionais inseridos no mercado de trabalho: tendência a encarar os adolescentes de forma negativa e estereotipada; pouca proximidade com as questões dessa faixa etária; constrangimento em lidar

com sexualidade e situações de violência (que podem demandar, inclusive, intervenções interdisciplinares); falta de professores qualificados em Medicina do Adolescente; sobrecarga de trabalho, dificultando o acesso à aprendizagem. Além disso, é preciso que exista o desejo e a real disponibilidade para trabalhar com essa faixa etária.

Tem havido um interesse mundial crescente pela saúde do adolescente nos últimos anos, porém poucas universidades médicas incorporaram este tema ao seu currículo⁴⁰. Nesse sentido, não se deve perder de vista a integralidade da atenção, que surge como um princípio constitucional norteador da formulação de políticas de saúde⁴¹, principalmente considerando-se que todos têm o direito de ser atendidos conforme suas necessidades, sendo assegurada a plena atenção às necessidades das pessoas em suas peculiaridades (princípio da equidade).

No Brasil, existem serviços e universidades que promovem o treinamento de médicos na área de saúde do adolescente, porém o ensino de adolescência no curso de graduação praticamente não ocorre na maioria das faculdades. Quando acontece, geralmente é por meio de aulas teóricas isoladas⁴², apesar da recomendação do Comitê de Ensino da Sociedade Brasileira de Pediatria de que o aprendizado deve ser realizado de modo integrado e de preferência sob a forma de treinamento em serviço²¹.

Na verdade, essa situação reflete a evolução histórica da Medicina do Adolescente no nosso país. Num primeiro momento, houve o despertar do interesse de profissionais que, de uma forma autodidática e a partir da literatura estrangeira, procuraram capacitar-se para o atendimento. Inseridos em universidades, passaram a constituir referência não só para assistência aos adolescentes como também para treinamento e formação de outros profissionais, dedicando-se paralelamente ao ensino e à pesquisa⁴³. (p.32)

Levantamento realizado pela Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP) mostrou que existem atualmente em São Paulo 12 serviços de adolescência ligados aos Departamentos de Pediatria ou Materno-Infantis, distribuídos nas seguintes faculdades: Medicina USP, Ciências Médicas da Unicamp, PUC Campinas, Medicina Botucatu/Unesp, Medicina Taubaté, Medicina Santo Amaro/Unisa, Medicina São José do Rio Preto, Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Medicina Bragança Paulista, Medicina Marília, Escola Paulista de Medicina e Medicina ABC/FMABC⁴³. Vale citar o polo de capacitação no Estado de São Paulo que é a Secretaria de Estado da Saúde com o Programa de Saúde do Adolescente⁴⁴, que, numa parceria universidade/rede pública, tem promovido a sensi-

bilização e o treinamento, reciclando profissionais da área de saúde e mantendo o enfoque multi e interdisciplinar.

O modelo predominante de formação tem foco no pressuposto de que a prática profissional de excelência se obtém pelo domínio de uma base sólida de conhecimentos teóricos. Por outro lado, a prática profissional competente resulta da capacidade de mobilizar e combinar, diante de um campo profissional específico, um conjunto de conhecimentos especializados e saberes construídos pela experiência, habilidades e atitudes desenvolvidas durante a trajetória de vida do profissional.

Dessa forma, os referenciais teóricos que conceituam o entendimento de competência nos processos de formação ou de educação/capacitação no trabalho são múltiplos. Deve-se, portanto, considerar dois aspectos relevantes: a construção social das competências e o campo pedagógico para construir sujeitos ativos, críticos e capazes de assumir responsabilidades e compromisso social. No campo da construção social das competências, ressaltam-se os elementos envolvidos na legitimação social de uma prática profissional, que se caracteriza pelo conjunto de saberes e fazeres, e os critérios usados para tornar pública a aprendizagem individual (certificação). No campo pedagógico, deve-se promover a identificação dos aspectos relacionados ao desenvolvimento cognoscitivo (atributos/capacidades)⁴⁵. Não se pode perder de vista a concepção moderna de saúde, que envolve o entendimento desde os fatores biológicos, ambientais, psicológicos, sociais, hábito e estilo de vida, até o acesso aos serviços de saúde.

A formação de médicos é tarefa complexa e exige profunda reflexão. Teóricos da educação de adultos, como Paulo Freire, já demonstraram que a prática é o grande motivador do aprendizado⁴⁶, motivo pelo qual acreditamos que programas de capacitação são muito interessantes tanto para alicerçar o saber médico quanto para promover novas competências. O ensino da adolescência abrange: *áreas de conhecimento* (contempladas com a realização dos pré e pós-testes, já descritos), *habilidades* (relação médico-paciente, obtenção de informação, raciocínio clínico, o que o profissional faz com a informação, como trata o paciente, como se relaciona com a equipe) e *atitudes* relacionadas à prática médica. Na verdade, a aquisição e a transformação de atitudes, conhecimentos e habilidades fazem parte de um processo contínuo que permeará toda a vida profissional.

O projeto possibilitou uma visão de saúde pública em que se processou o atendimento na forma de “puericultura do adolescente”⁴⁷, como habitualmente se refere na prática clínica ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e avaliação dos hábitos alimentares, nutrição, vacinação, escolarização, presença de projeto de vida e o reconhecimento das principais afecções que ocorrem nesse período, para promover uma vida saudável durante a adolescência e prevenir agravos

no adulto que está se formando, com direcionamento para uma abordagem biopsicossocial e que deve envolver ações multiprofissionais e intersetoriais. Note-se que o saber acadêmico e o profissional são diferentes, no sentido de que o conhecimento profissional só pode ser aprendido em seu próprio contexto, sofrendo o conhecimento acadêmico uma grande transformação nesse momento, adaptando-se ao seu objetivo, que é o de ser útil para solucionar os problemas que se apresentam no cotidiano das práticas em saúde. O desenvolvimento profissional tem ampla relação com a segurança que se alcança à medida que se corrige a ação profissional. Na verdade, para a tomada de decisões, a segurança que se obtém vai muito além da aprendizagem. A sensação de segurança se relaciona com a melhora no nível de competências e com o conceito, mais abrangente, de realização pessoal e profissional. Com certeza, no processo em que houve aprendizagem, de fato, o crescimento se expressa como satisfação com a tarefa bem realizada e realização pessoal por meio da melhoria da própria atividade^{48,49}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os participantes do curso desenvolveram competências e habilidades na atenção à saúde integral do adolescente, tornando as tomadas de decisões mais fáceis, seguras e resolutivas, agregando qualidade ao atendimento clínico e incorporando o conceito de integralidade da atenção. Os resultados obtidos sugerem que o modelo de capacitação desenvolvido é adequado para instrumentalizar o profissional já inserido no mercado de trabalho, embora, pela característica do conhecimento médico, deva haver um processo permanente de aquisição de novos conhecimentos e refinamento dos já adquiridos.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo, Unifesp, nº 0682/07.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. El embarazo y el aborto en la adolescencia. Geneve: OMS; 1975. (Série de Informes Técnicos, 583).
2. De Luca R. Receber um adolescente em consulta [Editorial]. Rev Paul Pediatr. 2005;23(3):116.
3. Albino GC, Vitale MSS, Schussel EY, Batista NA. A sexualidade pelo olhar das jovens: contribuições para a Prática do médico de adolescentes. Rev Paul Pediatr. 2005;23(3):124-9.
4. Vitale MSS, Medeiros EHG. O adolescente. In: Puccini RF, Hilário MOE. Semiologia da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p.97-108.
5. Laville C, Dionne J. A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre:

- Artes Médicas Sul; Belo Horizonte: Ed. UFMG;1999. Cap. 7: Em busca de informações. p.165-96.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
 7. Marcondes E. Avaliação do desempenho dos graduandos em medicina [Editorial]. Rev Assoc Med Bras. 1999;45(3):198.
 8. Dias EC, Silveira AM, Chiavegato CV, Resende NP. O ensino das relações trabalho-saúde-doença na escola médica. Rev Bras Educ Med. 2006;30(1):20-6.
 9. International Training and Education for Health. Guidelines for pre-and post-testing: Technical implementation guides [on line]. Washington: I-TECH, University of Washington; c2008. [access 4 sept. 2009]. Available from: http://www.go2itech.org/resources/technical-implimentations-guides/2.TIG_Pre_Pos_Testes_A4.pdf.
 10. Ferreira ABH. Novo dicionário da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira; 1986.
 11. Piccinato CE, Figueiredo JFC, Troncon LEA, Peres LC, Cianflone ARL, Colares MFA, et al. Análise do desempenho dos formandos em relação a objetivos educacionais da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, em duas estruturas curriculares distintas. Rev Assoc Med Bras. 2004;50(1):68-73.
 12. Lüdke M, Meda A. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária; 1986. 99p.
 13. Gaydos HL. Understanding personal narratives: an approach to practice. J Adv Nurs 2005;49(3): 254-9.
 14. Grossman E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. Rev Bras Educ Med. 2006;30(1):6-14.
 15. Troncon LEA. Carta ao Editor. Rev Bras Educ Med. 2008;32(1):133-4.
 16. Batista SHS. A interdisciplinaridade no ensino médico. Rev Bras Educ Med. 2006;30(1):39-46.
 17. Blank D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. Rev Bras Educ Med. 2006;30(1):27-31.
 18. Silber TJ. Medicina de la Adolescencia: su Historia, Crecimiento y Evolución In: Maddaleno. In: Maddaleno M, Munist MM, Serrano CV, Silber TJ, Suárez Ojeda EN, Yunes J. La Salud del Adolescente y del Joven. Organización Panamericana de la Salud. Geneve: OMS, 1995. (Publicación Científica, 552).
 19. Silber TJ. Medicina de La Adolescencia: Una Nueva Subespecialidad de la Pediatría y la Medicina Interna en la América del Norte. Adolesc Latinoam. 1997;1(1):11-5.
 20. Comitê de Ensino da Sociedade Brasileira de Pediatria. Bases Doutrinárias para o Ensino da Pediatria. Pediatria São Paulo 1988; 10(2): 51-3.
 21. Reato LFN, Saito MI. Adolescent Medicine for medical students. A study of knowledge and performance. Among medical students in Brazil. J Adolesc Med Health 2002; 14(3): 225-34.
 22. Ferreira JV, Rodrigues PP, Guimarães F, Campos C. Alguns Aspectos do Ensino da Pediatria no Brasil. J Pediatr (Rio J). 1984;56(5):332-4.
 23. Silveira JCR. Ensino da Medicina do Adolescente. In: Makaroun MF, Souza RP, Cruz ARC. Tratado de Adolescência: um Estudo Multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica;1991. p.158-62.
 24. Organización Mundial de la Salud. Necesidades de Salud de los Adolescentes. Geneve: OMS; 1977. (Serie de Informes Técnicos, 609).
 25. American Academy of Pediatrics. The future of pediatric education II. Organizing Pediatric Education to meet the needs of infants, children, adolescents, and young adults in the 21st Century. Pediatrics. 2000;105 (Suppl 1): 163-212.
 26. Burg FD. Teaching Adolescent Medicine in Pregraduate and Postgraduate Levels. An Esp Pediatr. 1991;35(Suppl 46):87-91.
 27. Cohen MI. Importance, Implementation and Impact of the Adolescent Medicine Components of the Report of the Task Force on Pediatric Education. J Adolesc Health Care. 1980;1(1):1-8.
 28. Neinstein LS, Shapiro J, Rabinovitz S. Effect of an Adolescent Medicine Rotation on Medical Students and Pediatrics Residents. J Adolesc Health Care. 1986;7(5):345-9.
 29. Marks A, Fisher M, Lasker S. Adolescent Medicine in Pediatric Practice. J Adolesc Health Care. 1990;11(2):149-53.
 30. Blum R. Physician's Assessment of Deficiencies and Desire for Training in Adolescent Care. J Med Educ. 1987;62(5):401-7.
 31. Figueroa E, Kolasa KM, Horner RE, Murphy M, Dent MF, Ausherman JA, et al. Attitudes, Knowledge, and Training of Medical Residents Regarding Adolescent Health Issues. J Adolesc Health. 1991; 12(6):443-9.
 32. Slavin SJ, Anderson MM, Nyquist JG, Wallace PA, Morris RE. Improving the Care of Adolescents: An Innovative Curriculum for Pediatrics Residents. Acad Med. 1992;67(10):S48-50.
 33. Key JD, Marsh LD, Darden PM. Adolescent Medicine in Pediatric Practice: A Survey of Practice and Training. Am J Med Sci. 1995;309(2):83-7.

34. Blum R, Smith M. Training of Health Professionals in Adolescent Health Care. Study Group Report. *J Adolesc Health Care*. 1988;9(6):46-50.
35. Vitalle MSS, Martins LA, Fisberg M. Monitoria em Pediatria na Escola Paulista de Medicina. *Rev Paul Pediatr*. 1991;9(35):127-9.
36. B Ursomano J, Freiere LMS, Barrios U, Galaciano A. Carta do Rio de Janeiro. *SBP Notícias, SBP em Ação* [online]. 2004 [acesso em 25 maio 2008]; 30:18. Disponível em: <http://www.sbp.com.br>
37. Halvorsen JG. Perspective: United we stand, divided we fall: the case for a single primary care specialty in the United States. *Acad Med*. 2008;83(5):425-31.
38. Sileo E. Capacitación del Médico Clínico para la Atención del Adolescente en Venezuela In: Maddaleno M, Munist MM, Serrano CV, Silber J, Suárez Ojeda EN, Yunes J, org. *La Salud del Adolescente y del Joven*. Washington, DC.: OPS, 1995. p. 561-5. (Publicación Científica, 552).
39. Graus B, Stronski S, Michaud PA. Training needs in adolescent medicine of practicing doctors: a Swiss national survey of six disciplines. *Med Educ*. 2003;37(8):709-14.
40. Freyre EA, Barreda BL, Castro CP, Velásquez FV. Programa Docente-Asistencial en Salud del Adolescente: Una Experiencia Peruana In: Maddaleno M, Munist MM, Serrano CV, Silber J, Suárez Ojeda EN, Yunes J, org. *La Salud del Adolescente y del Joven*. Washington, DC.: OPS, 1995. p. 437-56. (Publicación Científica, 552).
41. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1400-10.
42. Reato LF, Aguiar RMP, Viegas D, Machado RMP, Azzolini AL, Gil NC. Ensino da Adolescência a Nível de Graduação: Experiência da Disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC. *Pediatr Mod*. 1992;28(7):530-5.
43. Reato LG. Ensino da Medicina do Adolescente na Graduação e na Residência Médica. In: Crespim J, Reato LF. *Hebiatria: Medicina do Adolescente*. São Paulo: Roca; 2007. p. 31-40.
44. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Comissão de Saúde do Adolescente *Adolescência e Saúde*. São Paulo: Ed. São Paulo, Paris Editorial; 1994. p.19-26.
45. Ribeiro ECO, Lima VV. Competências profissionais e mudanças na formação. *Olho Mágico*. 2003; 10(1):47-52.
46. Martins MA. Ensino médico [Editorial]. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(5):282.
47. Neves Filho AC. O atendimento ao adolescente. *Rev Pediatr Ceará*. 2004;5(1):38-46.
48. Gual A. La responsabilidad Del continuum educativo en la formación de los médicos [Editorial]. *Educación Médica*. 2007;10(4):5.
49. Millán Jr. La reflexión como eje central del desarrollo profesional. *Educación Médica*. 2007; 10(1):30-6.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram em todas as fases do trabalho, desde o desenho, coleta de dados, levantamento bibliográfico e redação.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Sylvia de Souza Vitalle
Rua Botucatu, 715
Vila Clementino — São Paulo
CEP 04023-062 SP
E-mail: vitalle.dped@epm.br