

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica**

**EDUCAÇÃO MÉDICA NA RESIDÊNCIA DE PEDIATRIA:
AVALIAÇÃO DE ATITUDES
EM PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE**

Lina Aparecida Zardo

Orientadora: Mary Clarisse Bozzetti

Co-Orientadora: Marilú Fontoura de Medeiros

Dissertação de Mestrado

2002

Ficha catalográfica:

Zardo, Lina Aparecida

Educação médica na Residência de Pediatria:

Avaliação de atitudes em promoção e prevenção de saúde

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, RS, 2002

Agradecimentos

À Professora Doutora Mary Clarisse Bozzetti, minha estimada, diligente e competente Orientadora.

À Professora Doutora Marilú Medeiros da Fontoura, grata Co-orientadora, por sua competência, atenção e pronta disponibilidade.

Ao Professor Doutor Ellis D'Arrigo Busnello, por seu estímulo e crença no evoluir.

Aos Professores da Pós-Graduação em Clínica Médica, competentes e éticos.

Aos atenciosos funcionários da Pós-Graduação em Clínica Médica.

Aos Professores que realizaram o processo de validade da Escala, gentis e gratos colaboradores:

Professor Doutor Ellis D'Arrigo Busnello

Professor Doutor Airton Stein

Professor e Mestre Roberto Issler

Professor Doutor Marcelo Goldani

Professora e Mestre Brasília Itália Silva Aché.

Aos Chefes dos Serviços de Residência em Pediatria do Hospital da Criança Conceição, do Hospital de Clínicas, do Hospital da Criança Santo Antonio, do Hospital Presidente Vargas, do Hospital Ernesto Domelles e do Hospital São Lucas, por sua colaboração.

Aos Residentes dos Serviços acima listados, por sua aceitação e colaboração, em especial aos líderes de grupo, por sua gentil e atenciosa ajuda.

Ao Professor João Rubião Hoefel, por ensinar-me a leitura da criança e o prazer pela tarefa de ensinar.

Ao psicanalista e escritor Cyro Martins (in memoriam) por suas lições de vida.

À colega Ana Luíza Abuchaim por sua atenção, desvelo e carinho.

A todos os colegas que nos auxiliaram de alguma forma.

Ao Alan Rodrigues Birck por sua ajuda e ensinamentos info/estatísticos.

À minha secretária Cíntia Mabilde, disponível e dedicada.

Aos meus pais, prematuramente falecidos, por me legarem o valor do estudo e a dignidade do trabalho.

Dedico este estudo, suas longas horas de busca e de isolamento, a meus amados filhos Elisabete e Cláudio, ao meu marido Mário por seu apoio e bem-querer, e à minha neta Joana, meu valioso presente da vida.

“No es suficiente enseñar a los ombres una especialidad. Com ello se convierten en algo así como máquinas utilizables pero no en individuos válidos. Para ser un individuo válido el ombre deve sentir intensamente aquello a lo que puede aspirar. Tiene que recibir un sentimiento vivo de lo bello y de lo moralmente bueno. En caso contrario se parece más a un perro bien amestrado que a un ente armónicamente desarrollado. Deve aprender a comprender las motivaciones, ilusiones y penas de las gentes para adquirir una actitud reta respecto a los individuos y la sociedad”.

Albert Einstein,

MI VISION DEL MUNDO

CORPO DA DISSERTAÇÃO

SUMÁRIO	Páginas
1. Introdução.....	4
2. Revisão da Literatura.....	6
2.1. Estratégias de busca bibliográfica.....	6
2.2. Paradigma médico.....	7
2.3. Aspectos evolutivos.....	9
2.4. Pesquisa em Educação Médica.....	13
2.5. Objetivos do Ensino Médico.....	16
2.6. Avaliação do Ensino Médico.....	18
2.7. Avaliação de atitudes.....	21
2.8. Mensuração de atitudes.....	27
3. Objetivos.....	29
4. Motivação deste estudo.....	30
5. Referências.....	31
6. Artigo em Língua Inglesa.....	35
7. Artigo em Língua Portuguesa.....	52
8. Anexo 1: Escala de Atitudes.....	70
9. Anexo 2: Quadro geral da escala de Atitudes.....	84
10. Anexo 3: Instrumentos de coleta de dados.....	85
11. Anexo 4: Análise das respostas da Escala/Atitudes....	92
12. Análise das Questões quanto aos Atributos.....	102

1- INTRODUÇÃO

A educação médica brasileira fundamentava-se, até o fim da Segunda Guerra Mundial, principalmente nos modelos europeus (França, Alemanha, Inglaterra). A partir da década de 50, no bojo das mudanças econômico-culturais mundiais do pós-guerra, a influência européia decresceu e passou a ocorrer um predomínio do modelo americano. O modelo Flexneriano, deflagrado na América do Norte em 1910, dominou as décadas seguintes, difundindo-se na América Latina e também no Brasil. Este modelo propôs mudanças na prática e na educação médicas, incentivou a investigação científica e o estudo da doença, e criou os hospitais-escola como locais de treinamento clínico (1).

Nas décadas de 70 e 80, sob a promoção da Organização Pan-americana de Saúde (OPS) foi preconizado um modelo prospectivo para a educação e a saúde, usando uma estratégia de Integração Docente-Assistencial (IDA) e de multidisciplinaridade, que ligava o processo de ensino à rede pública de serviços de saúde. O processo de formação médica deveria inserir-se ao processo de atenção à saúde e juntos buscarem superar as dicotomias existentes entre teoria e prática, ciclos básico e clínico, enfoques preventivo e curativo (1).

No âmbito mundial, houve em 1978 a Reunião da Organização Mundial de Saúde (OMS) que culminou com a Declaração de Alma-Ata, na qual foram priorizadas ações básicas de assistência à saúde de cunho universal, chamadas de Atenção Primária de Saúde, caracterizadas por atendimento integral, preventivo, individual, familiar e comunitário, simples e acessível, resolutivo em nível local, em equipe de saúde multidisciplinar, com ênfase em ações educativas (2,3).

O Projeto Educação Médica nas Américas (EMA), desenvolvido no fim dos anos 80, com base nos avanços tecnológicos e nas mudanças sociais ocorrentes, teve como objetivos refletir, discutir e atualizar a educação médica vigente, buscando

definir o perfil do futuro médico para o século XXI. As proposições derivadas do EMA foram levadas e acatadas na Primeira Conferência Mundial sobre Educação Médica realizada em Edimburgo, em 1988. Nesta, concluiu-se que a formação médica deve corresponder às necessidades da sociedade como um todo, considerando-se a equidade, a humanização e o custo-benefício da assistência de saúde (4, 5).

Em 1993 houve a Segunda Conferência Mundial de Edimburgo, o “II World Summit on Medical Education”, que produziu e divulgou a Declaração de Edimburgo. Esta, além de reiterar as proposições anteriores, defendeu a melhoria do ensino médico em consonância com o cenário social, com enfoque científico e epidemiológico, com gestão em controle de qualidade nos serviços de saúde e nos programas educacionais, dirigido à comunidade e ao bem-estar dos povos, entre outras propostas (5).

Sobral (1994), ao discutir as recomendações de ação geradas nesta conferência, considera que elas possam contribuir para iluminar o panorama atual e reorientar os rumos do ensino médico brasileiro. Essas orientações propõem alterar as relações entre escolas e serviços de saúde, considerando as demandas dos usuários, a inadequação dos serviços e as insuficiências da Escola Médica. Reitera-se que a aprendizagem deva ser centrada na comunidade, orientada por problemas e com apreciação crítica de textos científicos. Esta medicina, baseada na evidência, deve integrar ciências biomédicas e sociais, tanto no ensino clínico quanto na saúde coletiva. É preciso ainda discutir a formação docente e sua reciclagem periódica, bem como a qualidade dos formandos entregues à sociedade. Cada escola deve avaliar suas condições e suas prioridades e encontrar os rumos de seu próprio desenvolvimento (1, 5).

No Brasil foi criada, em 1962, uma entidade voltada aos problemas da educação médica, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), sediada no

Rio de Janeiro. A ABEM tem realizado um congresso ao ano, cada vez numa capital, tendo acompanhado ao longo do tempo as controvérsias e os dilemas do ensino médico, sempre buscando analisar, refletir e evoluir. Publica um boletim bimensal e uma revista quadrimestral, indexada, que está em seu 25º ano. Na década de 90 a ABEM adquiriu mais força ao participar, junto com diversas entidades ligadas à área de educação e saúde, da criação de um amplo projeto: o da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Desde 1992 este colegiado trabalha para atingir um objetivo principal: que a escola médica forme médicos aptos para atender com desenvoltura ético-social às necessidades de saúde da população. A entidade CINAEM dividiu seu trabalho em fases: na primeira fase estudou o modelo pedagógico, os recursos humanos e organizacionais. Na segunda fase, avaliou a formação e o regime de trabalho do corpo docente. Ambas foram de levantamento de dados, buscando diagnósticos. A terceira fase, científico-política, tem sido de avaliação e divulgação, visando preparar a transformação da educação médica brasileira. A quarta fase pretende subsidiar a implantação das mudanças necessárias em cada escola, tais como: profissionalização dos docentes, processo permanente de avaliação discente e docente e renovação na gestão das escolas médicas. O objetivo pleno será a construção de um novo paradigma para a educação médica do país, harmônico com nossa realidade e necessidade (6).

2- REVISÃO DA LITERATURA

2.1- Estratégias de busca bibliográfica

A procura por material teórico sobre Educação Médica teve início através de três fontes principais: livros e revistas de bibliotecas das escolas locais de Medicina, Psicologia e Educação; inscrição na Associação Brasileira de Educação Médica para

receber o Boletim e a Revista; pesquisa no MEDLINE, no intervalo entre 1995 e 2000, utilizando as palavras-chave “Educação Médica”, “Educação Pediátrica ou em Pediatria” e “atitudes, “atitudes e saúde”, “formação de atitudes”, “avaliação de atitudes”.

Ainda no período inicial, um fato foi marcante e consolidou nosso pensamento para este estudo. Foi a publicação do livro **Educação Médica** de Eduardo Marcondes e Ernesto Lima Gonçalves, ambos membros do Centro de Desenvolvimento da Educação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, editado pela SARVIER em 1998. Além dos subsídios dos conteúdos, este livro forneceu uma rica lista de bibliografias e, em cadeia, tivemos acesso a algumas revistas internacionais como “Medical Education”, “Academic Medicine” e “Teaching and Learning” e a outras publicações de ensino e pesquisa. A Revista da Associação Brasileira de Educação Médica foi uma importante fonte informativa, por seus artigos e por suas referências bibliográficas.

2.2- O Paradigma Médico

A ciência médica evolui em consonância com os movimentos da sociedade e conforme o andar do saber científico, recebendo e devolvendo influências. Deste modo, o paradigma vigente nas primeiras décadas do século XX foi o de Flexner, a filosofia *biocêntrica*. O estudo médico focava o indivíduo e o corpo doente no ambiente hospitalar, privilegiando a cura. A reunião de Alma-Ata, na Rússia, em 1978, desencadeou a filosofia *sociocêntrica* do ensino médico que privilegiava a atenção primária, focando os indivíduos na comunidade, a relação saúde-doença, a prevenção mais que a cura. Ambos paradigmas não são excludentes, e, a partir da última década, há uma forte tendência de combiná-los, enfocando uma filosofia *antropocêntrica*, ou seja, a favor dos seres humanos e de suas necessidades, portanto mais abrangente, mais justa e universal. Greenlick (1995) prevê para 2005 uma estrutura de saúde organizada em grupos ou redes sociais,

pagas pelo estado ou por agremiações, com tecnologia muito sofisticada, caráter preventivo e mantenedor das funções físicas, mentais e sociais de seus participantes, com controle da relação custo-benefício e onde cada médico será responsável por determinado número de pacientes (1, 7, 8, 9, 10).

Chaves (1996), discorre sobre os projetos de integração docente-assistencial (IDA), de atenção primária à saúde e de extensão universitária à comunidade e caracteriza a fase atual como de mudança de paradigma. Houve influência de idéias unificadoras de recursos humanos para a saúde, criando o trabalho em equipe, numa visão de conjunto dos profissionais da saúde, orientada pela Assembléia Mundial da Saúde daquele ano. No mesmo período, surgiu o movimento de participação comunitária. Tudo isso refletindo mudanças gerais da sociedade. Chaves chama a atenção para o paradigma de Flexner, dizendo que teve firmes bases científicas e que apontou para aspectos sociais que foram sendo esquecidos. O novo paradigma em elaboração mantém o cunho científico e o integra ao humanismo, devendo atender às aspirações de toda a sociedade contemporânea (8).

Capra (1986), questionando as ciências, diz que mudanças nas ações de saúde somente serão possíveis com uma completa reorganização do ensino da medicina e que a mudança de paradigma na assistência à saúde envolverá novos conceitos, novas instituições e novas políticas (11).

Soares (1992), ao pensar a educação médica para o ano 2000, reflete sobre a saúde no próximo milênio e destaca os avanços da medicina enquanto ciência, a melhoria que trará ao bem-estar do ser humano, como isto ocorrerá no terceiro mundo e como a tecnologia será incorporada ao setor saúde. A autora considera que o paradigma precisa ser mudado, mormente quanto ao ensino ainda voltado mais ao indivíduo do que ao coletivo, a falta de integração entre os ciclos básico e clínico, o corpo docente

insuficientemente preparado. Sugere elementos para construção de um novo paradigma voltado ao desenvolvimento do ensino e da prática médicas (12).

2.3 – Aspectos evolutivos

A evolução das ciências exatas e humanas tem exercido fortes influências na mudança do paradigma médico, bem como no exercício da medicina e em sua educação. Enquanto as ciências exatas deflagraram a revolução tecnológica que transformou e aprimorou diagnósticos e tratamentos, as ciências humanas evoluíram ao lado da medicina, estabelecendo interações e multidisciplinaridade. Sociologia, antropologia, psicologia, psicanálise, direito, pedagogia, ética e outras disciplinas passaram a oferecer seus conhecimentos ao saber médico e vieram por vários caminhos humanizar as ações em saúde. A medicina, ciência e arte, desde Hipócrates, vinha sendo transmitida dos mais velhos, em geral doutos e sábios, aos mais jovens, num processo de ensinamento mais empírico do que científico. À medida em que a pedagogia foi-se tomando ciência, com metodologias e resultados próprios, passou a influir no ensino da medicina que ainda prendia-se mais *“ao que ensinar”*, em lugar de também questionar *“o como ensinar”* e como *“obter melhor desempenho de seus alunos”*.

Pessanha e Moretto (1979), em artigo que denominaram *“O que a pedagogia pode oferecer a uma escola de medicina”*, explicitam o enfoque usado por décadas na medicina: o professor *“ensina”* o conteúdo a ser *“ensinado”*, ficando num plano menor o aluno que *“aprende”*. Compete à Pedagogia, como ciência da educação, oferecer às demais escolas todo o apoio técnico-pedagógico de que necessitam, bem como assessorar decisões pedagógicas para salas de aula e instituições. Os caminhos para estas realizações vão desde cursos de Didática para professores, oferta de bibliografia pertinente, até a criação de um núcleo de apoio técnico-pedagógico dentro da escola médica. Esta tem sido, segundo os autores, a estratégia de mais sucesso. Em sua escola

foi criado, em anexo, um Laboratório de Ensino Médico em harmonia com a ABEM, cuja atuação intra e interinstitucional tem sido muito proveitosa. Um outro modo de buscar auxílio é utilizar a assessoria das Faculdades de Educação (13).

A Reforma Universitária de 1968 criou, entre outras mudanças, a Pós-Graduação no Brasil, sistematizando a associação entre ensino e pesquisa. Com os cursos de Pós-Graduação, *lato sensu* e *stricto sensu*, o Conselho Federal de Educação desejava aperfeiçoar o corpo docente, vez que continha disciplinas de Pedagogia e Didática. Ao mesmo tempo, com os estudos de metodologia científica, os cursos promoveriam produção de conhecimentos. Tais estratégias frutificaram em todo o país nas décadas seguintes, atingindo um patamar satisfatório na década de 90 (14).

Os estudos e pesquisas em educação feitos por Bloom nos Estados Unidos, nos anos 60 e 70, foram marcantes ao questionar métodos, conteúdos, formação de professores e avaliação de resultados educacionais. Disse ele que “durante as duas últimas décadas, os objetivos expressos da educação passaram do conhecimento por si só, a uma enorme variedade de objetivos cognitivos, inclusive criatividade. Os objetivos da educação salientam cada vez mais interesses, atitudes e valores no domínio afetivo. E as relações humanas e sociais e as novas visões do homem de si mesmo e da sociedade estão em geral explícitas nesses novos objetivos da educação” (15).

O “Council for International Organizations of Medical Sciences” (CIOMS) da OMS, em 1977, considera os desafios da Educação Médica vigente que não prepara os graduandos para as necessidades da comunidade onde irão trabalhar. Os programas devem enfatizar a prevenção, o manejo e a evolução dos problemas de saúde, desenvolver responsabilidades e fazer uso dos ensinamentos da moderna Ciência da Educação (16).

No Documento nº 6 da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação, de agosto de 1986, um seleto grupo de colaboradores considerou haver em matéria de

educação médica um corpo de doutrina já constituído. Embora não conciliasse todas as opiniões, representava um consenso entre os mais significativos estudos e debates das duas últimas décadas, no Brasil, nas Américas e em todo o mundo. Aquele seria o momento de passar da teoria para a execução dos modelos apontados. Consideraram fundamental avaliar alunos, professores e cursos, periodicamente, com o objetivo de crescer. Reforçaram a associação entre o ensino médico e as instituições de prestação de serviços de saúde, devendo estes também serem reformulados e implementados em paralelo com a educação. Reiteraram ainda que os valores de competência, saber e cultura da universidade autônoma e democrática devem ser preservados (17).

A Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde, (1992), publicaram um texto analítico e crítico situado no intervalo entre as duas Conferências de Edimburgo, abordando as transformações da profissão médica e suas influências na Educação Médica, em paralelo com a crise econômica, o desenvolvimento tecnológico e a necessidade da equidade. A maioria dos países da América Latina passou por crises econômicas e políticas, teve seu desenvolvimento perturbado, mudaram valores sociais e condições de trabalho, afetando a prática e o ensino médicos. Houve o impacto tecnológico, a dominância do mercado em todos os setores e também nas profissões de saúde, as especializações, o domínio de instituições públicas sobre o trabalho privado. Este cenário alterou a relação médico-paciente, os padrões éticos, a situação sanitária e epidemiológica e reduziu recursos para a educação e a investigação científica. É um imenso desafio encontrar soluções para todos esses problemas e equacioná-los com uma formação médica qualificada, conforme a sociedade deseja e necessita (18).

Lowry (1993) relata que, após anos de estagnação, a educação médica britânica está mudando. A fim de diminuir a procura por especialização e pós-graduação, houve densas melhorias no currículo básico. Dá-se mais ênfase à saúde

da população, à epidemiologia, à promoção e prevenção de saúde. A terceira idade tornou-se muito importante e a manutenção da saúde é tão valiosa quanto tratar doenças. Mudou a função dos hospitais e há uma tendência em tratar os pacientes com problemas mais simples onde eles se encontram, isto é, na comunidade, onde o aluno acompanha o início, a evolução e a regressão das doenças (19).

Em outro artigo do mesmo ano, Lowry relata que na Escola de Medicina de Harvard, considerada a melhor da América do Norte, o ensino está em processo de questionamento, pretendendo-se mudar seu currículo. Encontrou-se entre os alunos negligência mesmo para com os estudos tecnológicos e concluiu-se que há muita ênfase em conhecimentos e pouca atenção para atitudes que os médicos modernos devem desenvolver para com seus pacientes, colegas e seu trabalho. Há um esforço, tanto em Harvard como na Grã-Bretanha, em mudar conceitos e valores entre alunos e jovens médicos, para que realizem sua educação de modo a tomarem-se o modelo de médico que desejamos para o futuro (20).

Daniel e Tosteson (1990) citam que as descobertas científicas alteraram a Medicina e suas relações com a sociedade e que, apesar da enorme soma de conhecimentos a adquirir, os educadores médicos não podem prescindir do cultivo de atitudes e habilidades em seus alunos. Conceitualmente, a medicina em 1990 pode ser comparada com o estado da física atômica antes do advento da teoria quântica. Além do domínio do saber, o educador deve desenvolver atitudes e habilidades adequadas ao seu manejo. Nessa direção, em Harvard foram reduzidas as aulas teóricas e aumentadas as tutorias em pequenos grupos, estimulando a relação médico-paciente e outras condutas éticas (21).

Professor Sir Gray (1999) intitula seu artigo "Ajuste para o futuro – as escolas médicas estão produzindo os médicos que o Serviço de Saúde necessita"? Um levantamento inglês mostrou que 86% dos pacientes que chegam ao Serviço de

Cuidados Primários têm seus problemas resolvidos lá. Mas o balanço entre cuidados primários e secundários é muito desigual quanto a honorários. O especialista é bem melhor remunerado! Dois tópicos são fundamentais para o trabalho do médico generalista: a maior necessidade de dados epidemiológicos e melhor e mais efetiva relação médico-paciente. Finaliza perguntando novamente: “As escolas médicas preparam seus alunos para serem médicos com conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias no século XXI ?” (22).

Bateman, Baker, Hoornenborg e Ericsson (2001) debatem as relações entre globalização e ensino médico e consideram a necessidade de formar médicos para trabalharem em situações locais e mundiais, pois hoje, mais do que antes, a saúde dos pacientes é afetada por questões socio-político-econômicas. Citam o ato terrorista de 11 de setembro nos Estados Unidos e as situações de guerra e de refugiados que rapidamente afetam outras nações, pela facilidade das comunicações e das viagens. Muitos países já iniciaram este tipo de ensino, como Suécia, Reino Unido e Holanda. Os autores consideram que com o ensino global de saúde, os futuros médicos entenderão aspectos mais amplos da saúde e apreciarão o contexto de seu trabalho e a educação médica será beneficiada (23).

2.4 – Pesquisa em Educação Médica

Bligh (1999) relata as conclusões de um censo sobre atividades de pesquisa no Reino Unido que mostrou dados positivos e negativos. Um efeito negativo foi o “elitismo” biomédico que valoriza mais a ciência “dura” e a investigação quantitativa em detrimento de outras formas. Esse censo ressaltou a necessidade de definir a natureza da pesquisa em educação médica e onde seus resultados devem ser aplicados mais efetivamente. Outra revisão mostrou que a pesquisa na área é ainda de pequena escala, obtendo respostas aos problemas locais. Bligh reforça que a

pesquisa em educação médica é um crítico e sistemático estudo de ensinar-aprender, incluindo a análise do contexto, processos e resultados de todas as fases da pesquisa em educação médica. Esta deve visar sempre a obtenção de melhores cuidados aos pacientes onde eles estiverem (24).

Harden (1986) diz que a educação médica está em processo de mudanças, pois novas necessidades vão surgindo dentro e fora das escolas, a exigir enormes esforços no sentido de adaptar e melhorar currículos e métodos. Enquanto os conhecimentos se ampliam muito, desejam-se cursos mais “enxutos”, aumentam as pressões por novos papéis do médico na sociedade e reconhece-se o valor da educação médica continuada. E uma resposta a isso tem sido o aumento de interesse pela pesquisa médica, embora ainda ocorra ceticismo quanto aos benefícios que esta possa oferecer. É comum considerar-se ainda que basta o bom senso, desviando-se recursos para outras áreas da prática médica. Porém, a tradição não é garantia de qualidade, nem de que os métodos habituais sejam apropriados. E a pesquisa pode discernir o certo ou errado e propor soluções. Pode facilitar a ligação entre teoria e prática e apontar outros rumos. Harden cita cinco tipos de abordagem para pesquisa em educação médica: pesquisa experimental, de verificação de fatos, de ação (situacional e colaborativa), aberta-finalizada (entrevistas, observações, questionários, auto-relatos e análise de documentos) e ainda a criativa. Descreve as abordagens, estimula sua realização e lembra que o método quantitativo é ainda considerado mais sólido e que, como em outras áreas, a pesquisa em educação médica deve encontrar suas próprias abordagens (25).

O “Council for International Organizations of Medical Sciences” da OMS (1981) ao publicar as conclusões da “XIVth Round Table Conference” sobre “Medical Ethics and Medical Education” ressalta a obrigatoriedade de respeitar os preceitos éticos em todas as formas de pesquisa, em especial ao tratar-se de pesquisa em educação (26).

Buckley (1998) discute a comparação entre um modelo preciso de pesquisa, como o ensaio clínico controlado, duplo-cego, que também possui limitações, e a pesquisa educacional, em geral qualitativa. Ambos métodos não são excludentes, são complementares. A pesquisa quantitativa nos responde “quantos, quão freqüentes” são os fenômenos e a qualitativa, “porquê”. Em ambos é preciso paixão pelo trabalho e pelas mudanças. A pesquisa em educação médica ainda é recente e nós precisamos de verdades parciais para seguir em frente nas complexidades da prática e da educação médicas se quisermos evitar sermos guiados somente por tradições e empirismo (27).

Dimitroff e Davis (1996) realizaram uma análise das publicações em educação médica de graduação de 1975 a 1994. Os temas mais freqüentes foram currículo, ensino e avaliação de estudantes. Encontraram poucas pesquisas em teorias básicas da educação, a literatura dispersa em muitos periódicos e em artigos de políticas educacionais. Viram também um aumento do número de autores nos últimos anos e uma maior colaboração entre ciências básicas e educadores médicos. Os autores crêem no aumento de pesquisas nos próximos anos, nas influências da psicologia cognitiva e em mais estudos em aprendizagem. Mas o desafio maior das pesquisas em escolas médicas é similar ao de preparar mais médicos de atenção primária e usar os ambulatórios como local de ensino e pesquisa, produzindo novos modelos de ensino, centrados no paciente e de alta qualidade (28).

Irby (1990) divide a abordagem em pesquisa médico-educacional em dois ramos: uma biomédica que faz desenhos experimentais, e outra holística, que é alimentada pelas ciências sociais. Ambas são complementares, não excludentes e podem beneficiar-se mutuamente (29).

Grant (1990) analisa as condições da pesquisa em educação médica no Reino Unido, cujas atividades estão concentradas na Associação para o Estudo da Educação Médica. Seus objetivos são expandir e divulgar seus estudos e estimular o intercâmbio

entre os pesquisadores. Ela diz que, embora os dados obtidos não estejam finalizados, os pesquisadores não estão inoperantes e incentivam contatos, dentro e fora do país, para intercambiar experiências (30).

Parsell e Bligh (1999) realizaram um estudo piloto para medir os efeitos da intervenção educacional nas atitudes dos estudantes. Utilizaram um questionário com 120 estudantes de 8 profissões da área da saúde para investigar colaboração para trabalho em grupo, identidade e papéis profissionais. Os itens foram examinados por 13 especialistas nas áreas para críticas e sugestões e para cada resposta havia 5 escolhas, como em Likert. Os autores consideraram útil esta escala para explorar diferentes percepções e atitudes acerca de aprendizagem multi-profissional (31).

2.5 - Objetivos do ensino médico

A Comissão de Especialistas do Ensino Médico do Conselho Nacional de Educação, no Artigo 4º, diz: *“A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para o exercício competente das seguintes capacidades...”*. (32).

Gonçalves (1998) cita, na introdução de seu trabalho, que os objetivos clássicos da educação médica são de natureza cognitiva, psicomotora e comportamental. O autor repete uma afirmativa de Bloom (citado nesta monografia) e colaboradores: *“qualquer atividade de ensino que o professor realize tem como objetivo auxiliar o aluno a se modificar de alguma maneira, auxiliá-lo a desenvolver uma nova capacidade ou aperfeiçoar uma outra, já existente”*. O autor, além de discorrer sobre os objetivos nomeados acima, propõe um novo objetivo educacional, representado por adequado equilíbrio psicoemocional do educando (33).

Marcondes (1997) cita, dentre os objetivos operacionais do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: *“Garantir o*

aprendizado dos conteúdos nucleares, valorizando o equilíbrio de conhecimentos, atitudes e habilidades” (34).

O suplemento de número 29 da revista *Academic Medicine* de 1993, *Educating Medical Students*, cita a declaração da “General Professional Education of the Physician, da “Association of American Medical Colleges” (AAMC, 1984), que declara: *“As escolas médicas devem especificar e desenvolver conhecimentos, habilidades, valores e atitudes nos estudantes durante sua educação médica geral. E enfatiza que a aquisição de habilidades, valores e atitudes deve ter o mesmo peso que a aquisição de conhecimentos e que compete às escolas médicas estabelecer os limites da aprendizagem” (35).*

Virtala, Salmelin, Tamminen e Anttinen (1998) realizaram um estudo sobre mudanças de atitudes acerca de psiquiatria durante a educação médica. Iniciam dizendo que os métodos tradicionais de ensino médico têm dado ênfase à conhecimentos e habilidades e que atitudes e valores têm recebido pouca atenção. Entretanto, a publicação da “Association of American Medical Colleges” de 1984, acima referida, recomenda que as escolas médicas desenvolvam seus métodos de educação de modo a estimular nos estudantes valores e atitudes sobre a vida profissional. Na Finlândia, iniciou-se o novo currículo e os autores avaliaram as mudanças na disciplina de Psiquiatria Social, onde se objetivava a presença de atitudes humanas e holísticas. Os autores comentam o conceito de atitudes e as diferenças entre atitude e opinião (ato de opinar). Esta é momentânea e as atitudes são em geral estáveis e duradouras. O estudo foi realizado em três momentos do curso. Início, meio e fim , usando um questionário com itens de intensidade de escolha, do mais negativo ao mais positivo. Observaram variações de atitudes e de emoções nos três momentos e ressaltam que os achados devem ser discutido com professores e alunos, sem julgamento, mas com o objetivo de identificar e manejar. A

educação médica deve desenvolver métodos que auxiliem os alunos a tomarem-se mais cômicos de suas emoções e atitudes. E lembram que quanto mais os médicos entenderem a si mesmos, melhor entenderão seus pacientes (36).

2.6 - Avaliação do ensino médico

Representando a CINAEM e a ABEM, Regina Stella (1999), ao falar sobre a eficácia do Ensino Médico, afirma que *“Estamos formando um profissional que não atende às necessidades sociais da saúde. A fragmentação e a falta de interdisciplinaridade dos currículos, a dissociação dos objetivos das cadeiras básicas e biomédicas do perfil do profissional, o ensino hospitalocêntrico, não têm permitido aos alunos adquirirem a base técnico-científica, mas, principalmente, as atitudes éticas e de compromisso social indispensáveis para a profissão”* (37).

Em nota oficial, a ABEM divulga no boletim de janeiro de 2000, seu parecer sobre o Exame Nacional de Cursos – ENC (Provão) do Ministério da Educação (MEC) aplicado aos cursos de medicina: *“- a avaliação é processo indispensável e indissociável do ensino-aprendizagem, devendo dispor de diversificados, múltiplos e validados instrumentos, que não se restringem apenas à avaliação cognitiva, mas também às habilidades e atitudes, correspondendo a um anseio e direito inalienáveis da sociedade; - o ENC, da forma como foi concebido, é intrinsecamente limitado na pretensão de avaliar habilidades e atitudes indispensáveis ao exercício da boa prática médica”* (38).

Fowell, Southgate e Bligh (1999) discutem as relações entre avaliação e currículo, havendo uma retroalimentação entre ambos. Quanto mais qualificada e planejada for a avaliação, melhores serão os resultados do ensino, pois haverá mais subsídios para reorganizar os conteúdos programados. Os autores descrevem quatro níveis dentro da avaliação: o primeiro seleciona, analisa e pondera as questões, o segundo estabelece validade e confiabilidade das mesmas, o terceiro sugere uma

revisão por examinadores de fora e o quarto envolve uma revisão de todo o processo, uma espécie de vigilância a longo prazo da qualidade da avaliação (39).

Mezzaroba (1996) fez uma meta-análise das publicações que enfocavam avaliação educacional na Área da Saúde de 1981 a 1992. Encontrou poucos estudos desenvolvidos por pós-graduandos, baixa frequência de publicações e estas mais restritas a temáticas de avaliação de disciplinas, desempenho de alunos e mensurações. Concluiu haver pouco preparo pedagógico, muito pouca avaliação formativa, dissonância entre o que se escreve e o que se pratica, e pequeno número de teses ou dissertações na área, evidenciando pouca pesquisa (40).

Sobral (1996) propõe uma visão construtiva da avaliação do aprendizado, reconhecendo suas dificuldades e oportunidades. Discorre sobre o que avaliar, como e a quem, incluindo o corpo docente. Coloca três premissas que considera essenciais para fortalecer a avaliação: a problemática da avaliação varia com a perícia docente; um docente bem preparado reduz erros na certificação do desempenho e contribui para melhorá-lo; o corpo docente da escola médica deve aceitar o desafio de uma avaliação acurada e pertinente de seus educandos (41).

Lowry (1993) cita que em educação médica é freqüentemente dito que a avaliação é "a cauda que abana o cachorro", ou o que se aprende não é bem o que se ensina. Pesquisas em avaliação têm mostrado que os estudantes se beneficiam da avaliação formativa, como testes progressivos, em diferentes etapas da aprendizagem, que permitam o repensar dos temas. A autora conclui que a avaliação médica auxilia a aprendizagem, identifica pontos fortes e fracos dos alunos, propicia melhorias, localiza deficiências de conteúdos e, finalmente, protege o público de profissionais incompetentes. Ela dá maior ênfase à avaliação formativa e usa a somativa como critério de referência. Deve haver uma adequada realimentação entre professores e alunos para obter-se benefícios com a avaliação (42).

Chaves (1997) diz ser preciso criar uma cultura de avaliação dentro das instituições e discorre como a avaliação pode ser benéfica para todos os envolvidos. A avaliação é um trabalho de equipe, que começa com consensos sobre: as qualidades do médico que vai-se formar, a missão da instituição, as estratégias curriculares e as tarefas e responsabilidades de professores e alunos engajados juntos no processo educacional. Deseja-se formar médicos com competências e atitudes humanas e com compromisso social conforme a sociedade espera dele (43).

Neto e Wannamacher (1983) analisaram o processo de avaliação educacional em alunos universitários, comparando a avaliação real, à qual haviam sido submetidos naquele ano, com uma ideal, julgada por eles. Foi construído um questionário para avaliar percepções. Os alunos consideraram que as avaliações são massificadas, orientadas para aquisição de conhecimentos e excluem sua participação. Os resultados sugerem que as avaliações não atendem às expectativas dos alunos e necessitam ser modificadas, acompanhando a nova educação que orienta mudanças de comportamento e desenvolve atitudes e valores adaptativos (44).

Soares e Gualberto (1990) descrevem a criação, no Curso de Medicina da Universidade de Campinas, de um instrumento de avaliação para todos os alunos, visando possibilidades diagnósticas e indagações sobre um ensino que satisfizesse interesses de alunos, professores e sociedade. Montaram um questionário minucioso que avaliava os seguintes aspectos: proposta pedagógica, curso teórico e prático, metodologia, currículo e professores. As autoras relatam que este procedimento trouxe melhorias na qualidade do curso e na escola como um todo (45).

Wolf, Ingelfinger e Schmitz (1994) consideram haver uma surpreendente deficiência no currículo médico para o ensino de atitudes. Numa publicação sobre conteúdos de currículo, encontraram que somente 7% (6 de 84) das escolas possuíam objetivos para ensino de atitudes e valores. Enquanto discute-se conhecimentos e

habilidades, não há discussão sobre atitudes, simplesmente porque elas não estão nos currículos. Não existe consenso sobre ensino de atitudes, pois não há um núcleo constituído de saber sobre o tema. Consideram a discussão necessária e urgente, a fim de graduar médicos humanos e sensíveis, capazes de desenvolver forte e terapêutica relação com seus pacientes. Descrevem oito condutas pertinentes à obtenção de atitudes adequadas e lembram que ensinar atitudes é uma tarefa árdua e contínua. Alguns argumentam que estas possam formar-se por si mesmas, no andar do curso, mas, pensam esses autores, que elas devem ser incluídas no currículo como matéria de ensino, ao lado de conhecimentos e habilidades, alcançando-se, assim, uma educação médica plena (46).

2.7 - Avaliação de atitudes

Ortega Ruiz (1986) discute conceitos de atitude e de seus três componentes e argumenta a necessidade de contextualizar suas interrelações. Pondera que as investigações sobre atitudes devem evoluir e aprimorar a metodologia, embora a medida por escala de atitudes seja tradicional e ainda mereça crédito. Lamenta que no campo da educação seja tão pouco utilizada, área em que poderia dar muitas contribuições (47).

Rodrigues (1988) em seu livro de Psicologia Social, dedica três capítulos (12º, 13º, 14º) para atitudes. Segundo ele, a atitude constitui um bom preditor de comportamentos, ajuda-nos a formar idéias sobre a realidade circundante e nos protege de conhecimentos indesejáveis. A atitude social refere-se a um sentimento pró ou contra algo, podendo ser um objeto, um acontecimento ou qualquer produto da atividade humana. A atitude social é, pois, uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra algo definido, que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a este algo. A

atitude é constituída por três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental. É preciso haver uma representação cognitiva estruturada do objeto ou assunto para despertar uma atitude. O componente afetivo é um sentimento pró ou contra um determinado objeto ou assunto. Ambos componentes tendem a ser coerentes entre si. Opiniões, crenças e valores possuem apenas um dos componentes e são mais genéricos e inespecíficos. O componente comportamental é a parte ativa, a ação que instiga comportamentos coerentes com as cognições e os afetos. É como uma tomada de decisão após saber e sentir. A interação dos três componentes cria uma atitude em relação à determinada proposição. O autor aceita de modo eclético as teorias de formação de atitudes e conclui que estas se formam para exercer determinadas funções, lideradas por um princípio geral de consistência cognitiva, através de reforço ou educação, sendo passíveis de mudança. Considera a escala de Likert um bom critério para mensurar atitudes (48).

Busnello (1995) cita nos anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, ao discutir avaliação, que "*Habilidades não são aprendidas se elas não estão dentro de um contexto de mudança de atitudes*" (49).

Moriya, Gir e Hayashida (1994) fazem um estudo metodológico de como construir e validar uma Escala de Atitudes frente à AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), usando escala tipo Likert, com o objetivo de avaliar programas educativos relacionados à AIDS. Elaboram os itens específicos, analisam validade e fidedignidade, e concluem ser um instrumento de credibilidade científica (50).

Carter (1998) inicia justificando seu estudo de atitudes e cita a Escola Americana de Psicologia Social para o conceito de atitude: "*um estado de prontidão mental ou predisposição implícita que exerce alguma influência geral e consistente, favorável a muitos tipos de respostas ponderadas*". Atitudes não são inatas, nem transitórias, mas podem ser aprendidas com técnicas pedagógicas adequadas. As

atitudes possuem três componentes mensuráveis: cognitivo, afetivo e comportamental. O componente afetivo pode ser medido por respostas orais ou escritas de concordo ou discordo. O autor considera a escala uma importante técnica psicométrica para medir atitudes. A escala de Likert com cinco escores quantitativos é muito usada. Os itens podem ser criados pelo pesquisador, devendo ser consistentes e passar pelo processo de confiabilidade. O autor tece considerações éticas sobre a amostra do estudo, constituída por alunos de medicina e suas condutas frente ao atendimento de pacientes HIV positivos, durante quatro anos do curso. A variável dependente foi a boa vontade em tratar pacientes HIV positivos e a independente foram as atitudes dos alunos frente aos pacientes. Foi usada a escala de Likert com sete itens de escolha e assegurado o anonimato. O resultado mostrou melhores atitudes de aceitação dos pacientes enfermos em alunos mais adiantados, sugerindo influência do ensino médico no entendimento da complexidade das decisões éticas e terapêuticas (51).

Wannamacher e Rocha (1983), trabalhando em Laboratório de Ensino na Área da Saúde, avaliaram se o laboratório provocava mudanças significativas nos participantes e se estas persistiam. O estudo foi realizado com professores aos quais foi aplicado um questionário sobre ensino-aprendizagem com respostas pela escala de Likert em três momentos: pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste remoto (três anos após). Houve um aumento nos níveis do pós-teste, sem alterações no pós-teste remoto. Os autores discutem a formação de atitudes que insere-se no domínio afetivo da aprendizagem, aspecto ainda pouco avaliado. Dialogam sobre a incorporação de atitudes que acontece quando uma opinião passa a ser um valor, envolvendo uma ação, que permanece em forma de comportamento. Consideram bastante fidedigna a escala de Likert para esta medida, embora possa ser falseada consciente ou inconscientemente no momento das respostas (52).

Scott, Greig e Neighbor (1986) consideram a avaliação de atitudes um dos mais importantes resultados da educação médica, porém pouco estudado. Os autores estudaram mudança de atitudes acerca de cuidados preventivos em 20 serviços, com uma coorte de 175 alunos, desde o ingresso na escola médica até 30 meses após, no início do ensino clínico. Usaram questionário com 100 itens cujas respostas continham 4 níveis da escala de Likert. O estudo não mostrou diferenças quanto ao nível de adesão dos pacientes aos cuidados preventivos, mas houve nítida diferença quanto à confiança na habilidade dos médicos em exercer atenção primária e um aumento na demanda dos serviços. Entretanto, dizem os autores ser necessário ainda identificar os fatores que afetam mudanças de atitudes na prática clínica desta área (53).

Kaufman, Meng e Mann (1996), compararam atitudes dos estudantes entre um currículo convencional e um baseado em Aprendizagem Por Problemas (PBL), usando questionários de Likert com subescalas e análise com testes *t*. Foi encontrado maior número de atitudes positivas em relação ao currículo, mais curiosidade e mais entusiasmo quanto à aprendizagem no modelo PBL por ser este mais democrático e com mais tutoria. Houve melhor interação entre alunos no modelo convencional. Não houve diferenças quanto ao relacionamento social. Como um todo, o currículo por PBL foi superior quanto às atitudes em relação à educação médica (54).

Rolfe, Pearson e Barnsley (1996) referem que a educação médica contemporânea preocupa-se em graduar médicos capazes de acompanhar as mudanças da sociedade, a qual anseia saúde pública mais do que individual, cuidados primários mais que terciários e medicina comunitária com desenvolvimento de atitudes pertinentes a essa prática. Tais aspectos estão sendo incentivados pela OMS, governos, fundações educacionais e educadores. A Newcastle Medical School (NMS), na Austrália, mantém parte do currículo em medicina comunitária, com projetos de pesquisa, atendimento na comunidade, clínica epidemiológica, programas de

promoção e prevenção em saúde. Essa escola coloca igual ênfase entre a área comunitária e medicina mais cirurgia combinadas. Entretanto, não tem sido avaliado o impacto deste ensino quanto às atitudes preventivas de estudantes e médicos. Os autores fizeram um estudo comparativo entre médicos práticos gerais graduados 7 anos antes na NMS com médicos procedentes de outras duas escolas tradicionais. Foi usado questionário com subescala de Likert, via correio, desejando avaliar Atitudes sobre Medicina Comunitária. Nos egressos da NMS houve mais atitudes positivas sobre os temas questionados, sendo também maior nas mulheres em relação aos homens. Os autores concluíram que o estudo forneceu evidências de que o tipo de educação médica recebido durante o curso influi no comportamento profissional posterior (55).

Singh, Baxter e Duggan (1998), engajados nas recomendações contidas no "Tomorrow's Doctors" do "General Medical Council's" (GMC 1993), o qual sugere mudanças no currículo de graduação das escolas médicas do Reino Unido, estudaram mudanças de atitudes em alunos de psiquiatria quanto ao velho e novo currículo. Encontraram não haver diferença significativa entre os currículos, mas houve atitudes cada vez mais positivas conforme aumentou a interação entre alunos e pacientes e entre alunos e tutores. O estudo foi realizado usando dois questionários, um para atitudes em psiquiatria e outro para atitudes em doenças mentais, cujos itens eram baseados nos cinco pontos da escala de Likert. O estudo confirmou a hipótese de que diminuir aulas teóricas e aumentar o contato professor-aluno-paciente tornavam mais positivas as atitudes dos alunos quanto aos pacientes e aos conteúdos (56).

Crandall, Volk e Cacy (1997), considerando que a maior parte da educação médica ocorre em ambientes acadêmicos nos quais encontram-se indigentes à procura de cuidados de saúde, decidiram examinar se a atitude dos estudantes em relação à clientela de indigentes mudava ao longo do tempo e se havia diferenças

quanto ao gênero. Fizeram um estudo transversal usando questionário e escala de atitudes e encontraram que as atitudes positivas declinavam durante o 1º ano, permaneciam mais ou menos estáveis no segundo e terceiro anos e declinavam mais durante o quarto ano. Comparando o primeiro e o quarto ano, verificaram um declínio de atitudes em ambos sexos, sendo bem menor nas mulheres. Estes achados assemelham-se aos de um levantamento médico americano de 1992, que mostrou ser a mulher médica mais dedicada e mais tolerante, em vários locais de atendimento. Afirma-se que “ensino desumano gera cuidados desumanos aos pacientes” e que possa ocorrer com os alunos “uma erosão ética” ao longo do curso. Concluem ser necessário estudar mais a questão do ponto de vista educacional, ajudando os educadores a desenvolver atitudes éticas e de compromisso social para com a clientela de indigentes (57).

Rolfe, Pearson e Gannon (1999), engajados na orientação atual de valorizar promoção e prevenção em saúde, compararam atitudes acerca de medicina comunitária, no primeiro e último anos, em alunos de duas escolas médicas da Austrália. Realizaram o estudo em uma escola tradicional e em uma com currículo voltado para medicina comunitária, usando um questionário validado e com fidedignidade. O resultado mostrou melhores atitudes a favor do atendimento comunitário nos alunos que tiveram ênfase na área durante o curso e que é possível influir nas atitudes mais adequadas via processo educacional (58).

Çimrin, Sevinc, Kundak, Ellidokuz e Itil (1999) estudaram atitudes de médicos num hospital-escola quanto à coleta da história ocupacional de seus pacientes. Em levantamento transversal, revisando fichas de pacientes e interrogando médicos, os autores encontraram que apenas 43,9% dos médicos costuma obter a história ocupacional. Sugerem que este aspecto seja parte integrante da educação médica em semiologia, melhorando as atitudes dos futuros médicos (59).

2.8- Mensuração de atitudes

Os autores Streiner e Norman fazem em seu livro um amplo estudo teórico sobre medidas com uso de escalas em pesquisas de saúde. Na escala de Likert escolhida para o nosso estudo, o interlocutor expressa sua opção escolhendo uma posição em uma série de cinco condições oferecidas, que vão do concordar ao discordar, acerca de algum tema proposto (60). Dá um exemplo, citando uma proposta de idéia:

O mundo está em perigo de um holocausto nuclear

Concordo	Concordo em parte	Não opino	Discordo em parte	Discordo
----------	----------------------	-----------	----------------------	----------

No livro de Oppenheim (1992), capítulos 10 e 11, *Designing Attitude Statements e Attitude Scaling*, buscamos referências para a metodologia do estudo (61). Segundo o autor, a construção de uma escala de atitudes depende de bons subsídios e de cuidados em detalhar e revisar seus conteúdos propostos:

Muitos pesquisadores concordam que atitude é uma forma de prontidão, uma tendência em responder de certa maneira quando alguém é confrontado com determinado estímulo. A maioria das atitudes pessoais estão latentes e são expressas na fala ou no comportamento quando o objeto da atitude é percebido ou confrontado. As atitudes são reforçadas por convicções (componente cognitivo), suscitam sentimentos (componente emocional), e ambos conduzem a uma intenção comportamental (componente que tende à ação), em geral uma tomada de decisão .

No convívio social fazemos uso de atitudes freqüentemente, mas nem sempre elas seguem um processo lógico. Algumas vezes os indivíduos posicionam-se a favor ou contra em certas questões sociais sem possuírem uma explicação lógica para essa

tomada de posição. Estas atitudes são incompletas, de natureza primitiva, expressam opinião, e são pesquisadas de outra maneira. A tentativa de medi-las a favor ou contra nem sempre é apropriada, pois nem todas pressupõem sentimentos opostos, como os de aceitação ou rejeição. Deveriam ser medidas em escalas separadas, com outros métodos.

As atitudes completas possuem atributos acerca de seu conteúdo e de sua intensidade. Algumas são mais superficiais ou mais profundas, outras podem ser permanentes ou temporárias, mais estáveis ou mais mutáveis, ou ainda, genéricas e específicas. Estes níveis conduzem a uma distinção, de limites não rígidos, dos conceitos seguintes: *opinião* é mais superficial e mais flexível e não envolve um componente de ação ou decisão subjacente; o nível seguinte é o de *atitude*; o próximo nível, mais profundo, mais estável e mais permanente, é o de *valor*; o último nível constitui a *personalidade* com toda sua gama de características inerentes.

Atitudes são adquiridas ou modificadas por absorção, adesão ou modificação frente às atitudes dos outros, por vivências pessoais prévias e ainda, e principalmente, por processos educacionais.

A elaboração dos itens ou proposições requer cuidados de homogeneidade, consistência, validade e linearidade. Em geral, montam-se muitos itens, de 100 a 200 sobre o assunto que se deseja estudar e depois faz-se a seleção dos mais pertinentes.

Em nosso estudo, conforme anexos, selecionou-se 15 temas sobre promoção e prevenção em saúde. Elaborou-se, então, duas proposições para cada tema, num total de 150, sendo metade positivos e metade negativos, a fim de diminuir vieses de escolha num só sentido. Para a confecção da escala propriamente dita foi realizado um processo de validade. Este constou da escolha de 30 proposições, dentre as 150, duas de cada tema, por cinco especialistas das áreas em estudo. Cada um recebeu uma lista completa

das proposições e as selecionou segundo critérios de construção, conteúdo e pertinência.

Foram convidados os seguintes especialistas:

- Prof. Dr. Ellis D'Arrigo Busnello: Psiquiatria, Saúde Pública e Pedagogia Médica
- Prof. Dr. Airton Stein: Epidemiologia, Saúde Preventiva e Comunitária
- Prof. e Mestre Roberto Issler: Pediatria e Cuidados Primários em Pediatria
- Prof. Dr. Marcelo Goldani: Pediatria e Cuidados Primários em Pediatria
- Prof.^a e Mestre Brasília Itália Silva Aché: Pediatria e Cuidados Primários em Pediatria

As escolhas de cada um estão listadas na página nº 84.

3- OBJETIVOS

- Obter dados que caracterizem a população quanto à gênero, idade e nível do Curso e que mostrem peculiaridades quanto ao Estágio de Residência e quanto a alguns aspectos futuros do exercício da Pediatria.
- Avaliar a presença de formação de atitudes com seus atributos*, acerca de Puericultura e Cuidados Primários em Pediatria, doravante denominados promoção e prevenção em saúde da infância e adolescência, em Residentes dos Serviços de Residência em Pediatria da cidade de Porto Alegre, RS.
- Avaliar, qualificando e quantificando, a presença das atitudes e de seus atributos*, atribuindo-lhes escores previamente determinados.
- Atributos das atitudes: neste estudo foi usado o conceito lingüístico de atributo, ou seja, “característica, qualitativa ou quantitativa, que identifica algo” ou ainda, “qualidade atribuída”. Os atributos considerados no estudo foram as qualidades positivas ou negativas das atitudes diante das proposições apresentadas. Foi utilizado um gabarito para quantificar o nível dos atributos que está presente na página nº 57.

4- Motivação deste estudo

Como pediatra clínica e docente da Disciplina de Puericultura do Departamento de Pediatria e Puericultura da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, ao longo de mais de 30 anos, atualmente Professora Titular de Puericultura desse Departamento, sempre exerci e ensinei a especialidade predominantemente nos aspectos promocionais e preventivos de saúde infanto-juvenil. Ao decidir fazer Pós-Graduação, foi quase natural desejar estudar e aperfeiçoar tais aspectos, associando-os ao ensino. Assim, fomos investigar:

- Paradigmas da Medicina ao longo do século XX.
- Tópicos da Evolução da Medicina e genericamente de ciências paralelas, como Educação e, com mais interesse, Educação Médica.
- Situação dos Cuidados Primários em Saúde, em especial, na Pediatria.
- Situação da pesquisa em Educação Médica
- Os objetivos e a avaliação do ensino médico onde optou-se por estudar atitudes, uma vez que conhecimentos e habilidades são estudados e avaliados pelos órgãos oficiais.
- Teoria e mensuração de atitudes.

A escolha, por fim, somou: Educação Médica, Cuidados Primários em Pediatria e em Puericultura, dentro da especialização em Pediatria, a Residência em Pediatria, tentando inquirir em forma de avaliação de atitudes, algumas condições de formação do futuro Pediatra, especialmente quanto a ações promocionais e preventivas em saúde da infância e adolescência, além de alguns dados inerentes ao Curso de Residência.

4 - REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA

1. Almeida MJ. *Educação Médica e Saúde: Possibilidades de Mudança*. Londrina/Rio de Janeiro: Universidade de Londrina/Associação Brasileira de Educação Médica, 1999.
2. Costa MCL. Atendimento Primário em Pediatria. In: Marcondes, E. *Pediatria Básica*. 8ª ed. São Paulo: SARVIER, 1992.
3. Sociedade Brasileira de Pediatra. *Manual de Cuidados Primários*. Rio de Janeiro, 1994.
4. Chaves M, Rosa AR. *Educação Médica nas Américas: o desafio dos anos 90*. São Paulo: Cortez, 1990.
5. Sobral DT. Retrospecto da Cúpula de Edimburgo: subsídios para a Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 18(3):097-132, set./dez. 1994.
6. Associação Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior. *A participação da ANDES-SN na CINAEM e o Processo de Transformação das Escolas Médicas Brasileiras*. Caderno de textos do 38º CONAD. Rio de Janeiro, 1999.
7. Marcondes E. O Paradigma do Ensino Médico. *Médicos, Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, 1(3):93, jul./ago. 1993.
8. Chaves M. Educação das Profissões de Saúde: Perspectivas para o século XXI. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 20(1):01-48, jan./abr. 1996.
9. Greenlick MR. Educating Physicians for the Twenty-first Century. *Academic Medicine*, 70(3):179-85, March 1995.
10. Marcondes E. A Conferência de Alma-Ata e as ações básicas de saúde. In: Issler H, Leone C, Marcondes E. *Pediatria na Atenção Primária*. São Paulo: SARVIER, 1999.
11. Capra F. Holismo e saúde. In: *O Ponto de Mutação: A Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1982.
12. Soares EC. Desafios para a Educa o Médica na passagem do mil nio. *Revista Brasileira de Educa o Médica*, Rio de Janeiro, 16(1/3):01-100, 1992.
13. Pessanha E, Moretto R. O que a Pedagogia pode oferecer a uma Escola de Medicina. *Revista Brasileira de Educa o Médica*. Rio de Janeiro, III(1):47-50, jan./abr. 1979.
14. Barbieri MA et alii. Pós-Gradua o em saúde da criança, nível mestrado – uma nova proposta de ensino (1988-1992). *Jornal de Pediatria*, 70(2):115-9, 1994.
15. Bloom SB. Inocência em Educa o. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, Funda o Carlos Chagas, (16):63-71, 1972.

16. Health needs of society: a challenge for Medical Education. *Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). World Health Organization (WHO)*. Geneva, 1977.
17. Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação. Ensino Médico: Bases e Diretrizes para sua reformulação. Documento nº 6 de agosto de 1986. *Revista Brasileira de Ensino Médico*, Rio de Janeiro, 10(2):107-9, mai./ago. 1986.
18. Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial da Saúde. Washington, outubro, 1992. As transformações da profissão médica e sua influência sobre a Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 16(1/3): 01-100, jan./dez. 1992.
19. Lowry S. Trends in health care and their effects on medical education. *British Medical Journal*, 306:255-8; Jan. 23, 1993.
20. Lowry S. Making change happen. *British Medical Journal*, 306:320-2; Jan. 30, 1993.
21. Daniel C e Tosteson MD. New pathways in general medical education. *The New England Journal of Medicine*, 322(4):234-8, Jan. 25, 1990.
22. Gray, Prof Sir DP. Fit to the future – are medical schools going to produce the doctors the Health Service needs? *Medical Education*, 33:872-3; 1999.
23. Bateman C, Baker T, Hoormenborg E, Ericsson U. Bringing global issues to medical education. *The Lancet*, 358; Nov. 3, 2001.
24. Bligh J. Research in medical education: finding its place. *Medical Education*, 33:162-4, 1999.
25. Harden RM. Approaches to research in medical education. *Medical Education*, 20:522-31; 1986.
26. Medical Ethics and Medical Education. *Council for International Organizations of Medical Education (CIOMS). World Health Organization (WHO)*. Geneva, 1986.
27. Buckley G. Partial truths – research papers in medical education. *Medical Education*, 32:1-2, 1998.
28. Dimitroff A & Davis WK. Content Analysis of Research in Undergraduate Medical Education. *Academic Medicine*, 71(1), Jan. 1996.
29. Irby D. Ideas for Medical Education: Shifting Paradigms of Research in medical Education. *Academic Medicine*, 65(10):622-3, Oct. 1990.
30. Grant J. *Research in medical education in the UK*. Report; Association for the Study of Medical Education. *Medical Education*, 24:185-7, 1990.
31. Parsell G e Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Medical Education*, 33:095-100, 1999.

32. Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Comissão de Especialistas do Ensino Médico. *Minuta do anteprojeto das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de graduação em Medicina*. Brasília, 28 de abril de 1999. Mimeo.
33. Gonçalves EL. Os objetivos da educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 22(2/3):09-18; set./dez.1998.
34. Marcondes E. Currículo nuclear. Abordagem pediátrica. *Pediatria* (São Paulo), 19(1):6-8, 1997.
35. Educating Medical Students. *Academic Medicine*, 68(6 Suppl 29), June 1993.
36. Virtala A, Salmelin R, Tamminen T e Anttinen E. Change of attitudes towards psychiatric issues during medical education. *Medical Teacher*, 20(4), 1998.
37. Stella R. Avaliando a eficácia do ensino médico. *Jornal da Associação Médica Brasileira*, p.10, nov./dez. 1999.
38. Associação Brasileira de Educação Médica. Nota Oficial sobre o Exame Nacional de Cursos do Ministério da Educação e Cultura. *Boletim da ABEM*, XXVIII(1):2, dez.1999/ mar. 2000.
39. Fowell SL, Southgate LJ, Bligh JG. Evaluating assessment: the missing link? *Medical Education*, 33:276-81, 1999.
40. Mezzaroba L. Avaliação Educacional na área da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 20(2/3):27-31, maio/dez.1996.
41. Sobral DT. Desafios da avaliação do aprendizado: dificuldades e oportunidades. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 20(2/3):7-11, maio/dez. 1996.
42. Lowry S. Assessment of students. *British Medical Journal*, 306:51-4, Jan. 2, 1993.
43. Chaves MM. Avaliação da Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 21(1):7-12, jan./abr. 1997.
44. Neto CA e Wannmacher CMD. Avaliação ideal e avaliação real. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 7(2):76-80, maio/ago. 1983.
45. Soares EC e Gualberto IC. Avaliação – para quê? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 14(1):01-32, jan./dez. 1990.
46. Wolf AMD, Ingelfinger JA e Schmitz S. Emphasizing attitudes toward the doctor-patient relationship in Medical Education. *Academic Medicine*, 69(11), nov. 1994.
47. Ruiz PO. La investigación en la formación de actitudes: Problemas metodológicos y conceptuales. *Anales de Pedagogia* (4):187-201, 1986.

48. Rodrigues A. *Psicologia Social*. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 1988.
49. Busnello ED. In: Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Educação Médica e V Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico. p. 188. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1995.
50. Moriya TM, Gir E e Hayashida M. Escala de atitude frente à Aids: uma análise psicométrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 2(2):37-53, jul. 1994.
51. Carter DD. Using attitude surveys in medical ethics research and teaching: the example of undergraduate willingness to treat HIV-infected patients. *Medical Education*, 32:121-6, 1998.
52. Wannmacher CMD e Rocha ER. Mudança permanente de atitudes provocada pelo laboratório de relações humanas e de ensino. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 7(2):71-5, maio/ago. 1983.
53. Scott CS, Greig LM e Neighbor WE. Curricular influences on preventive-care attitudes. *Preventive Medicine*, 15:422-31, 1986.
54. Kaufman DM e Mann KV. Comparing students' attitudes in problem-based and conventional curricula. *Academic Medicine*, 71(10), Oct. 1996.
55. Rolfe IE e Pearson SA. Attitudes of doctors towards community medicine: differences between graduates from innovative and traditional medical schools. *Teaching and Learning in Medicine*, 8(2):77-82, 1996.
56. Singh SP, Baxter H, Standen P e Duggan C. Changing the attitudes of 'tomorrow doctors' towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. *Medical Education*, (32):115-20, 1998.
57. Crandall SJS, Volk RJ e Cacy D. A longitudinal investigation of medical student attitudes toward the medically indigent. *Teaching and Learning in Medicine*, 9(4): 254-60, 1997.
58. Rolfe IE, Pearson AS, Cleary EG e Gannon C. Attitudes towards community medicine: a comparison of students from traditional and community-oriented medical schools. *Medical Education*, (33):606-11, 1999.
59. Çimrin AH, Sevinc C, Kundak I, Ellidokuz H e Itil O. Attitudes of medical faculty physicians about taking occupational history. *Medical Education*, (33):466-7, 1999.
60. Streiner DL e Norman GR. *Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use*. Oxford: University Press, 1994.
61. Oppenheim AN. *Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement*. London/Washington: Pinter, 1992.

Porto Alegre, January 10, 2002

To
Professor J Bligh
The Editor of
Medical Education
Blackwell Science Ltd
23 Ainslie Place
Edinburgh EH3 6AJ
UK

Dear Editor:

We wish to submit our manuscript entitled "Medical education in pediatrics internship: Attitude measurement in health promotion and preventive care", for your evaluation and publication in the Medical Education journal. This study wishes to contribute to the international effort of rethinking medical education – here in the field of pediatrics – and somehow to emphasize the need for improving formative education about attitudes in health promotion and preventive-care.

Sincerely yours,

Prof. Lina Aparecida Zardo,
Address for correspondence:
Rua Luiz Voelcker, 534
Porto Alegre, RS, Brazil
CEP; 91.330-190
E-mail: lina100537@aol.com
mcb@famed.ufrgs.br

**Medical Education In Pediatrics Residence:
Attitude Measurement in Health Promotion and Preventive Care**

Authors:

Lina Aparecida Zardo, M D*

Mary Clarisse Bozzetti, M D, Ph D**

* Professor of the Department of Pediatrics and Child Welfare, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA), RS, Brazil

** Professor of the Department of Social Medicine of the Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), RS, Brazil

We are indebted to Professor Marilú Fontoura de Medeiros for her pedagogical help.

Reprints or correspondence: Lina Aparecida Zardo, MD, Rua Sarmento Leite, 245, Sala 505 - Porto Alegre, RS, Brazil. Postal Code: 90050-170. Telephone/Fax: + 55 51 3334-2201 e 3334-6045.

E.mail: * lina100537@aol.com; ** mcb@famed.ufrgs.br;

SUMMARY

Background: Changes in the paradigm of medical education have led us to investigate preventive-care conditions in higher education in pediatrics.

Objectives: To evaluate attitudes about child welfare and primary attention in pediatrics as well as aspects of the training of Pediatrics Residents in the city of Porto Alegre, RS, Brazil.

Subjects: A population of 133 Residents from six Pediatrics Residence training settings under supervision of the Brazilian Pediatrics Society.

Methods: This is a cross-sectional study in which Residents filled in a questionnaire and an attitudinal measurement scale with 30 statements, applied together in little groups.

Results: Women outnumber men in the training courses in a ratio of 3 to 1. Most of them intend to specialize in one of the fields within Pediatrics, particularly those involving advanced technology, whose choices were influenced by their previous training and professors but who intend to work with prevention and who demand more service at the Training Ward. At the scale, an 87% of appropriate attitudes, either negative or positive, were found according to the golden standard used, with a slight predominance of hits for affirmative statements.

Conclusions: The attitudinal results obtained in this study were quite satisfactory. The authors suggest that more attitude studies must be developed and improved as these can be valuable resources to suggest teaching strategies in formative education.

Key-words: *Attitudes in Pediatrics Residents; * Attitudes and formative education; *Residence in Pediatrics; *Attitudes in preventive healthcare; *Teaching and prevention; *Medical education

INTRODUCTION

Since the two World Conferences on Medical Education held in Edinburgh in 1988 and 1993, medical education is being challenged in most countries as an attempt to find ways of improving its quality and effectiveness. This strive for changes has been influenced by a new paradigm focusing on social and more inclusive practices, by the World Health Organization proposals of Primary Attention to Health, by the high costs of technology, by the excessive specialization of medicine, and by the harmful fragmentation of the human being. Based on these considerations, we decided to investigate attitudes formation, an area of the medical education which has not been much explored yet (1, 2, 3).

It is usually agreed that Medicine comprises three areas, namely: knowledge, skills, and attitudes. We consider that cognitive and skill aspects have been widely discussed and evaluated. Attitudes, however, have been less examined, in spite of being key elements of the medical knowledge. Therefore, we find it useful to measure attitudes for health promotion and prevention in the context of advanced training in Pediatrics because of the importance of these topics for medical formation and society's welfare. We have chosen to take a cross-sectional approach and to use an attitude scale as a measurement tool. The contents of the scale about Child Welfare and Primary Healthcare in Pediatrics was developed by our team on the basis of local medical education and relevant literature (4, 5, 6, 7, 8).

METHODS

In this cross-sectional study, both a questionnaire for personal identification and testimony on Pediatrics Residence and a 30-statement attitude scale were applied together to Graduates in groups at their training settings.

The population of the study comprised 133 Pediatrics Residents of six Pediatrics Residence training settings in the city of Porto Alegre, South Brazil. Abstention was 13%, reducing the population to 116 graduates.

The independent variable was the formative education received at the undergraduate and/or graduate levels, since respondents included Residents in their first, second, or third year of Residence Course.. The dependent variable was the type of attitude shown by the Residents concerning Child Welfare and Primary Care in Pediatrics. The classic Likert scale was used with 5 choices: agree, partially agree, indifferent, partially disagree, and disagree (9).

One hundred and fifty propositions or statements about 15 preventive, promotional, and educational topics in healthcare were developed, of which in half an affirmative character and another half a negative one in order to reduce any bias. For validation of the scale, sets of propositions were submitted to five health experts who should select 2 items from each topic that seemed more relevant to the objectives of the study. They should pick out a positive and a negative item according to their perceived best content and phrasing, thus yielding the 30 items that should comprise the scale. The author compiled the chosen items, considered the suggestions made, and organized the final scale (see annex).

The reliability process was performed at the pilot plan with a small group of graduates, where the scale's understanding and applicability were tested. The statistical test was performed using Pearson's and α -Cronbach's coefficients (11) .

The ethical aspects of confidentiality and anonymity of subjects and institutions were ensured and respected.

The data obtained were reported, analyzed, and compared. The variables of age, gender, course conditions, and expectations about the future practice in pediatrics as professionals and as citizens were described.

For the scale, each response was compared to a **golden standard**, i.e., against a list of correct responses for each proposition. At an early evaluation the responses of 'agree' or 'partially disagree' were included; after reviewing the study's objectives, however, we deemed appropriate to consider as valid only the 'agree' responses for the positive attitude, and the 'disagree' responses for the negative attitude, thus obtaining a more consistent outcome. After reviewing if attitudes were positive or negative, the intensity of these attributes for each proposition in the whole sample. A key was built as in Box 1 below:

Box 1. Key

Percentage	Agreement/disagreement level
90-00 %	High in positive/negative attitudes
80-90 %	Moderate, idem
70-80 %	Low, idem
< 70 %	Very low, idem

RESULTS

Residents' age ranged from 22 to 33 years, with a mean of 26 and standard deviation of 2.0. Concerning gender, 29 were males (25 %) and 87 females (75 %), thus at a ratio of one to three.

Residents were asked which specialty within pediatrics they intended to work with in the future following completion of Pediatrics Residence. The responses are summarized in Figure 1.

As predicted, most Residents wished to specialize in some subfield of Pediatrics. The subfields most often cited in this population were Neonatology, Pediatrics Intensive Care, and Children Pulmonology, all of them of a hospital character and demanding their own technology.

When asked whether they had been influenced in choosing their future field of work, half the population replied 'yes'. Figure 2 shows the type of influence cited by the Residents and their distribution.

Note that the main factors influencing graduates' career choices were previous training and professor who had most captivated and encouraged them.

We inquired Residents about their professional and social attitudes at their future medical practice. Virtually the whole sample (94%) gave a reply to the question, "How do you expect to collaborate with society in your future work as a pediatrician? What will be your behavior and procedures to benefit your local community?" Their responses are listed in Table 1.

We asked Residents to consider their experiences and make their suggestions in order to improve the Training and Specialization Program in Pediatrics. Ninety-three Residents replied (80% of population) and nearly all cited various changes or activities. These were analyzed and sorted into groups as depicted in Figure 3.

Note that almost one third of Residents suggest that more practical instruction should be given, a fourth of them ask for more theoretical instruction, and a fifth requests more Primary Care in Basic Health Areas, such as Social Security Centers.

Below we discuss the results concerning the Attitude Scale.

The 'indifferent' reply was never chosen for any proposition. For the partially agree or disagree items 13% of correct responses were obtained according to the golden standard. For the items agree or disagree, a percentage mean of 87% of correct responses was found, with a standard deviation of 8.20 and confidence interval of 95% between 71% and 103.1% considering the final result of study.

We have analyzed the intensity of correction, as a percentage, of each positive (how many I agree) or negative (how many I disagree) proposition for the whole population, expressed as levels of attitude quality as shown in the key in Box 1. Table 2

shows the relationship between the number of correct propositions and the level of appropriate attitudes found (high, moderate, low, very low).

Note that affirmative propositions show a slight predominance at the highest percentage levels (high and moderate) and that negative ones show one unit in excess at the lower levels (low and very low). Overall, a slight predominance at the moderate and high levels is observed. In the discussion below we comment on these results as well as on the content of propositions, relating them to graduates' performance.

DISCUSSION

Residents' mean age was 26 years, showing a trend of starting Residence Course right after completion of undergraduate studies, with few exceptions. Concerning gender, there were 29 men (25%) and 87 women (75%), demonstrating the general trend of women matching or even outnumbering men in Brazilian medicine in the last decade. A 1999/2000 survey has shown that the present gender ratio in pediatrics in Brazil is 40.20 men for 59.80 women. (10).

It was found that more than half the Residents (56,80 %) intend to specialize in some subfield of pediatrics. Less than a fourth of Residents (25 = 21.5%) said they wish to practice general pediatrics. The wish or intention of becoming a subspecialist is a somewhat universal trend of repeating in Pediatrics what has occurred with the Medical Practice a few decades ago, i.e., to abandon the too wide and perhaps saturated whole for a smaller and more specific share. This is likely to be happening because of two main factors: the tremendous expansion of the medical-scientific knowledge and the desire to increase well paid job opportunities. A few Residents wish to work in general pediatrics and/or a sub-speciality, teaching, and research. Our data are similar to those obtained in the 1999/2000 survey of Pediatricians Profile in Brazil (10).

Another characteristic that we have found concerns the type of subspecialty. Residents prefer fields which give priority to technology in hospital settings offering job security over clinical practice along with patients, their families and the community.

As to the factors affecting Residents' career choices, we found that the training courses taken during the undergraduate years and early at the specialization period were the major influences, followed by the professor models. This demonstrates the tremendous responsibility of the educational quality of undergraduate school and of professors' "way of being" as factors encouraging or determining the professional choices made by new physicians.

In questioning Residents whether their plans included some way of being or working that could benefit society, more than half of them -- 59 Residents, or 54.1% -- reported that they intended to practice pediatrics with an emphasis on preventive-care, education, and counseling for children and their families. These responses are believed to be somewhat biased, expressing notions that are often "said and repeated" by professors, rather than personal beliefs. One fifth of Residents (21.1%) said they intend to cooperate by working on a part-time basis in Child Welfare and Primary Care in Pediatrics in the governmental social security system. Another fifth -- 22, or 20.2% -- said that by performing their duties with responsibility, quality, and ethics they are playing a valuable social role. A few Residents wish to participate by performing studies, research and upgrade.

When asked if they had any suggestions to improve Pediatrics Residence Training, 93 Residents (80%) replied with more than one activity or action. The most often suggestion, appearing 45 times (32.6%) was to increase the number of hours of practical instruction with direct contact with children and their families. The second suggestion was to increase the number of hours devoted to lectures, courses, seminars, clinical discussions, study groups, and bibliographical reviews. This also included a library with a

more comprehensive collection. The next request, made 26 times (19 %), was for more hours in Primary Care practice in the Social Security System. This was followed by better qualification and continual presence of professors supervising the training. They also requested a better organized and implemented curriculum.

The overall evaluation of the scale showed a percentage result of 87% of hits in responding to the propositions, which can be considered as a very good outcome. This means that in the sample investigated, there was an 87% of appropriate attitudes, either positive or negative, concerning the stimulation from the propositions presented to the Residents. It can be inferred that they have had a fairly good medical education as concerns the medical aspects probed by the scale. In analyzing each proposition, however, a few differences were found concerning the content of questions. For example, questions about breast-feeding, acute diarrhea, vaccination, and acute respiratory infection had great results because they are often debated in our community. The lowest percentages of hits occurred with such topics as nutrition, undernourishment, health indicators, family/social abandonment, physical harm, and other, which are perhaps less taught. The overall mean, however, is very satisfactory. As shown in Table 3, for affirmative propositions there are more 'high' and 'moderate' levels of attitudes while for negative propositions there are more 'low' and 'very low' levels, suggesting that affirmative items are more easily interpreted.

Finally, the study points to a key issue in education, which is the fact that evaluation provides data for the teaching content, particularly concerning the formative process. The formation of attitudes which are appropriate to the practice of the medical profession is still an aspect of education to be faced, discussed, and developed. More studies should be performed on this topic so that more data are available to help the advancement of this field. In addition to cross-sectional studies it would be useful to perform longitudinal studies (cohort studies). For the study reported here, it would helpful

to apply the scale three or five years following inclusion in the study so as to observe changes over time. The chances of improving medical performance through the development of the teaching-learning process pose, still, a great challenge.

REFERENCES

1. Sobral DT, Retrospecto da Cúpula de Edimburgo: subsídios para a Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 1994; 18(3):097-132.
2. Almeida, MJ, *Educação Médica e Saúde: Possibilidades de Mudança*. Londrina/Rio de Janeiro: Editora da Universidade Estadual de Londrina/Editora da Associação Brasileira de Ensino Médico;1999.
3. Bligh J, Parsell G. *Research in Medical Education: finding its place* 1999; 33:162-4.
4. Marcondes E. Diretrizes para o Ensino de Pediatria. *Jornal de Pediatria* 1993; 69(6): 349-52.
5. Gonçalves EL. Os Objetivos da Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 1998; Rio de Janeiro, 22(2/3):09-18.
6. Issler H, Leone C, Marcondes E. *Pediatria na Atenção Primária*. São Paulo: Sarvier; 1999.
7. Organización Panamericana de la Salud. *Acciones de Salud Maternoinfantil a nivel local: Según las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia*. Washington DC., Julio de 1999.
8. Scott CS, Greig LM, Neighbor, WE. Curricular Influences on Preventive-Care Attitudes. *Preventive Medicine* 1986; 15:422-31.
9. Oppenheim NA. *Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement*. London/Washington: Pinter; 1992.

10. Sociedade Brasileira de Pediatria. Pesquisa Perfil do Pediatra 1999-2000. In: Fiocruz/Conselho Federal de Medicina – Ministério da Saúde. Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil, 1996. *Sociedade Brasileira de Pediatria – Notícias* 2001; 17.
11. Contandriopolus A-P et alli. *Como preparar uma pesquisa: Definição, Estrutura, Financiamento* . Editora Hucitec/Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1999, p. 112-120.

ANNEX: Topics used for the Construction of Attitude Scale

- Encouragement of breast-feeding
- Immunizations
- Follow-up of growth particularly up to 5 yrs of age
- Monitoring of neuro- and psychomotor development
- Acute Respiratory Disease
- Acute Diarrhea
- Children and adolescent security promotion
- Most frequent feeding disorders: undernourishment and obesity
- Most frequent feeding disorders: anemia and rickets
- Medical records in pediatrics
- Risk factors for the overall health of child
- Risk factors for the overall health of adolescent
- Counseling concerning physical environment
- Mouth health promotion
- Feeding during childhood and adolescence
- Example of affirmative proposition: **The early days of life are crucial for onset and continuation of breast-feeding** (*correct: agree*)
- Example of negative proposition: **Mild undernourishment can be a reason not to vaccinate a child.** (*correct: disagree*)

Figure 1. Residents distribution concerning choice of Pediatrics subfield

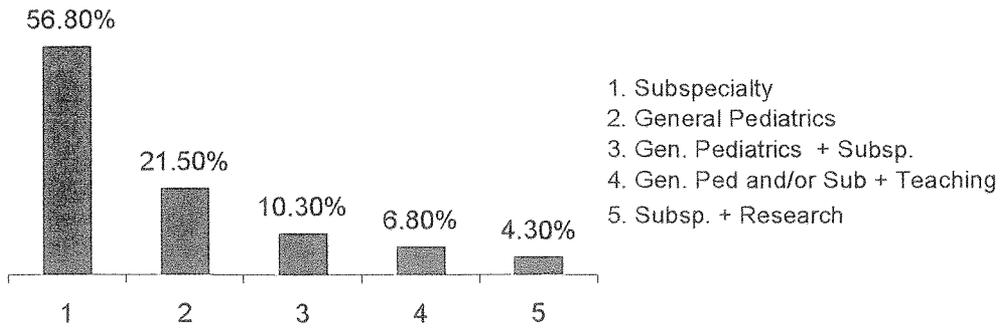


Figure 2. Perceived influences in Residents' choice of field of work

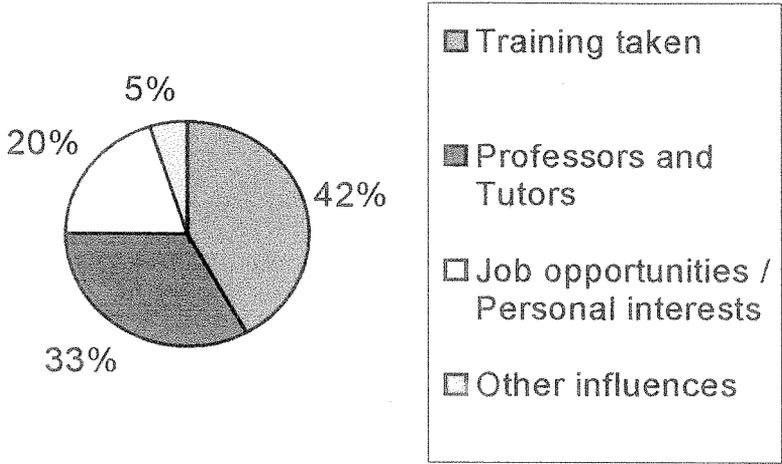


Table 1. Frequency of Residents' replies about how to collaborate with society.

How to collaborate with society	No. Residents	Percentage
With prevention/education/counseling of patients	59	54.1 %
With primary care and public health	23	21.1 %
With qualified and ethical personal care	22	20.2 %
Other: study/research/upgrade	5	4.6 %
TOTAL	109	100.0 %

Figure 3. Distribution of Residents according to their suggestions to improve Residence

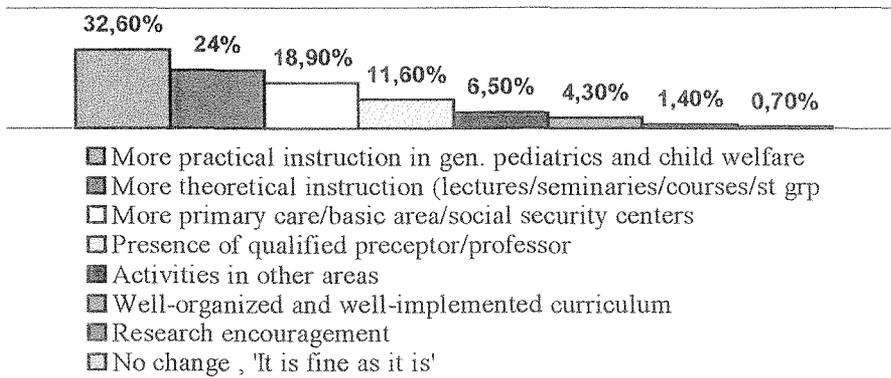


Table 2. Relationship between Correct Propositions and Level of Observed Attitudes

<i>Level</i>	<i>Proposition</i>		
	<i>Affirmative</i>	<i>Negative</i>	<i>Total</i>
High	5	6	11
Moderate	4	1	5
Low	4	4	8
Very low	2	4	6
TOTAL	15	15	30

**Educação Médica na Residência de Pediatria:
Avaliação de atitudes em promoção e prevenção de saúde**

Autores:

Lina Aparecida Zardo, M D*

Mary Clarisse Bozzetti, M D, Ph D**

* Professora do departamento de Pediatria e Puericultura da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, RS, Brasil

** Professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil

Agradecimentos à Professora Marilú Fontoura de Medeiros por seu auxílio pedagógico.

Correspondência para: Lina Aparecida Zardo, M D, Rua Sarmento Leite, 245, Sala 505-Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 90050-170.

Telefone/Fax: + 55 51 3334-2201 e 3334-6045.

E-mail: * lina100537@aol.com ** mcb@famed.ufrgs.br

SUMÁRIO:

Contexto: Mudanças no paradigma da Educação Médica nos levaram a estudar condições preventivas no ensino especializado em Pediatria.

Objetivos: Avaliar atitudes sobre Puericultura e Atenção Primária em Pediatria (ou Cuidados Primários) e aspectos do estágio de residentes em Pediatria da cidade de Porto Alegre, RS, Brasil.

Sujeitos: Uma população de 133 Residentes de seis Serviços de Residência em Pediatria credenciados nesta cidade.

Métodos: Estudo transversal com a aplicação de um questionário de identificação e de dados referentes ao Curso de Residência e uma escala de avaliação de atitudes com 30 proposições, aplicados juntos, em grupo de alunos, nos locais de estágio.

Resultados: Nos estágios predominaram mulheres, na proporção de 3 para 1, que pretendem exercer no futuro subespecialidade da Pediatria, principalmente as de maior tecnologia, cujas escolhas foram influenciadas por estágios anteriores e professores, mas que tencionam fazer prevenção e solicitam mais atendimento de ambulatório no Curso. Na escala houve um escore de 87% de atitudes adequadas, positivas ou negativas, conforme Padrão-Ouro usado, com leve predomínio de acertos nas proposições afirmativas.

Conclusões: O resultado das atitudes obtido neste estudo foi bastante satisfatório. As autoras sugerem desenvolver e aprimorar estudos de atitudes, fazer também estudos de coorte, cujos subsídios poderão ser valiosos para indicar estratégias de ensino formativo.

Palavras-chave: *Atitudes na Residência em Pediatria; *Atitudes e ensino formativo; *Residência em Pediatria; *Atitudes em prevenção de saúde; *Ensino e prevenção; *Educação Médica; *Ensino formativo.

INTRODUÇÃO:

Principalmente após as duas Conferências Mundiais sobre Educação Médica realizadas em Edimburgo, 1988 e 1993, na maioria dos países, a Educação Médica está sendo questionada e procura encontrar soluções para melhorar sua qualidade e eficácia. Este empenho por mudanças tem sido influenciado por um paradigma voltado ao social e mais abrangente, pelas propostas de Atenção Primária à Saúde da Organização Mundial de Saúde, pelos altos custos da tecnologia, pela excessiva especialização médica e pela nociva fragmentação do ser humano. Embasados nestas condições, decidimos estudar um aspecto ainda pouco explorado da área de avaliação do ensino médico, o de formação de atitudes adequadas ao exercício da profissão (1,2,3).

É consenso geral de que o estudo de Medicina compões-se de três áreas de saber: conhecimentos, habilidades e atitudes. Consideramos que os aspectos cognitivos e de habilidades têm sido bastante discutidos e avaliados. As atitudes, embora componentes fundamentais do saber médico, têm sido menos investigadas. Pensamos, deste modo, oportuno medir atitudes de promoção e prevenção em saúde no ensino especializado de Pediatria, área de nosso trabalho didático, pelo alcance destes temas na formação médica e no bem-estar da sociedade. Escolhemos para isso um delineamento transversal e como instrumento de mensuração uma escala para medir atitudes. O conteúdo da escala sobre Puericultura e Cuidados Primários em Pediatria foi criado por nós, embasado no ensino local e em literatura pertinente. Puericultura e Cuidados Primários em Pediatria serão doravante denominados promoção e prevenção em saúde (4,5,6,7,8).

MÉTODOS

Realizamos um estudo transversal, não controlado, utilizando dois instrumentos:

1. Um questionário com dados de identificação e dados relativos ao Curso de Residência e ao exercício futuro da profissão.

2. Uma escala de atitudes, tipo Likert, com 30 proposições sobre avaliação de atitudes em Promoção e Prevenção de Saúde. Ambos instrumentos foram aplicados juntos, nos locais de estágio, com Residentes em pequenos grupos.

A população do estudo foi formada pelos 133 Residentes de Pediatria dos seis Serviços de Residência em Pediatria da cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Houve abstenção de 13% ficando a amostra com 116 sujeitos.

A variável independente foi a educação formativa recebida até então na graduação e/ou especialização, pois tínhamos Residentes de primeiro, segundo e terceiro anos. A variável dependente foi o tipo de atitude manifestada pelos alunos, no estudo, acerca de Promoção e Prevenção de Saúde na infância e adolescência. Foi usada a escala de Likert clássica com 5 itens de escolha: concordo, concordo parcialmente, sou indiferente, discordo parcialmente, discordo (9).

Para a construção da escala foram desenvolvidas 150 proposições ou itens acerca de 15 temas preventivos, promocionais e educacionais de saúde (ver página 69), dos quais metade tinham um cunho afirmativo e metade, negativo, visando deste modo, diminuir vieses de tendenciosidade num só sentido. Para realizar o processo de validade, conjuntos das proposições formadas foram enviados para cinco especialistas nessas áreas da saúde, cabendo-lhes selecionar dois itens de cada tema, aqueles considerados mais pertinentes aos objetivos do estudo. Deviam escolher um item positivo e um negativo, conforme os melhores conteúdos e construções, compondo os 30 itens previstos para a escala. A autora reuniu os itens indicados, acatou as sugestões feitas e organizou a escala definitiva (anexo 1).

O processo de confiabilidade foi feito na execução do plano piloto, com um pequeno grupo de alunos, sendo testadas a compreensão e aplicabilidade da escala. Foi feito teste estatístico pelos coeficientes de Pearson e de alfa Cronbach (11).

Foram assegurados e respeitados os aspectos éticos de anonimato e confidencialidade dos sujeitos e das instituições.

Os dados obtidos foram descritos, analisados e comparados. Foram descritas as variáveis idade, gênero, condições de Curso, expectativas futuras quanto ao exercício da Pediatria como profissionais e como cidadãos.

Para a escala comparou-se cada resposta com um **padrão-ouro**, ou seja, com uma lista das respostas corretas de cada proposição. Numa primeira avaliação incluíram-se as respostas de concordo ou discordo parcialmente. Após revisar os objetivos, achou-se adequado aceitar como válidas somente as respostas de concordo, igual à atitude positiva, e discordo, igual à atitude negativa, obtendo-se, deste modo, um resultado mais consistente. Após avaliar se as atitudes eram positivas ou negativas, mediu-se a intensidade destes atributos em cada proposição, de toda a amostra. Construiu-se um **gabarito** assim estruturado, conforme Quadro 1.

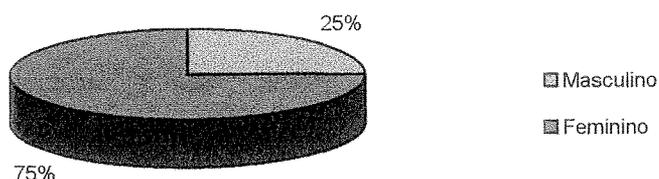
Quadro 1:

Porcentagem	Nível de concordância/ discordância
De 90 a 100%	Elevado de atitudes positivas/negativas
De 80 a 90%	Moderado, idem
De 70 a 80%	Baixo, idem
< que 70%	Muito baixo, idem

RESULTADOS

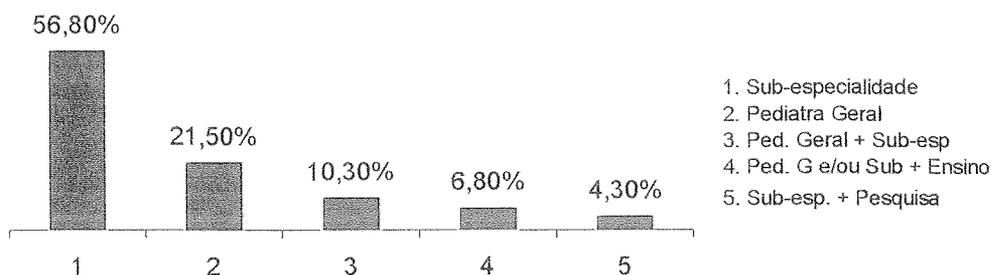
A idade média dos Residentes foi de 26 anos, com Desvio-Padrão de 2,0, sendo a idade mínima 22 e máxima de 33 anos. Quanto ao gênero, eram 29 homens (25%) e 87 mulheres (75%), na proporção de um para três na relação masculino/feminino, dados descritos na Figura 1.

Figura 1 . Divisão por sexo



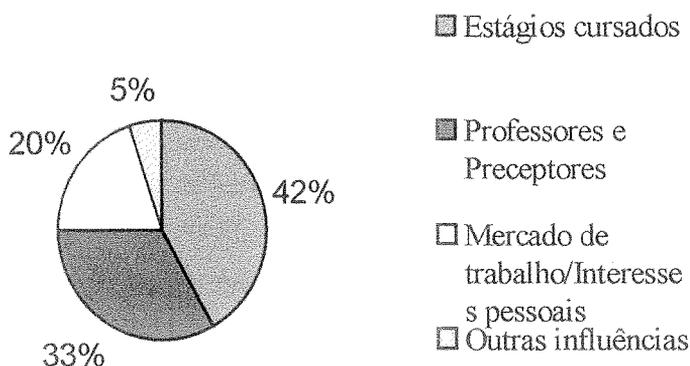
Perguntou-se aos Residentes qual a área da Pediatria que pretendiam exercer no futuro, após o término da residência. Obteve-se as respostas de toda a população, com os dados seguintes, relacionados na Figura 2.

Figura 2. Proporção de Residentes Segundo Área da Pediatria a Exercer



Conforme esperava-se, a maioria dos Residentes desejava exercer futuramente alguma sub-especialidade da Pediatria. Perguntou-se então, quais seriam estas e obtivemos as seguintes respostas dos estagiários: as três sub-especialidades mais procuradas foram Neonatologia, Terapia Intensiva Pediátrica, e Pneumologia Infantil, todas de cunho hospitalar e requerendo tecnologias próprias. Interrogados se haviam recebido alguma influência ao escolher a área futura de exercício da profissão, metade da população respondeu afirmativamente. O tipo de influência que haviam recebido está descrito na Figura 3.

Figura 3. Distribuição de Residentes Segundo Influências para Escolher Área de Atuação



Observa-se que os dois maiores fatores de influência foram os estágios cursados anteriormente e o modelo de professor que mais cativou e estimulou.

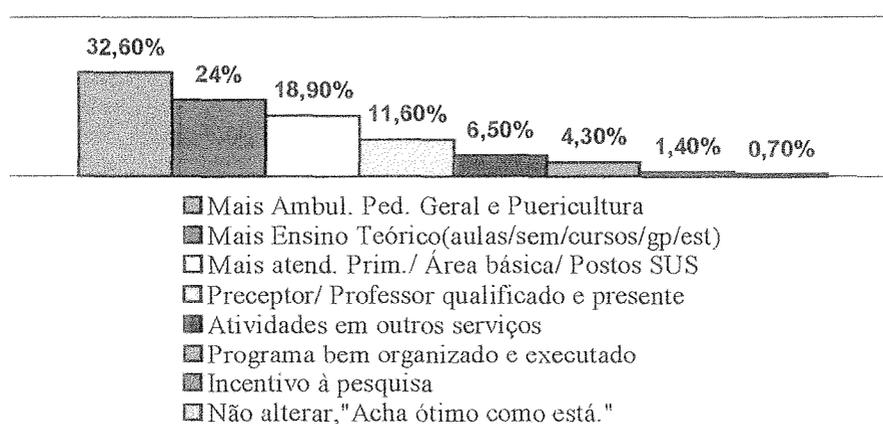
Indagamos a respeito de sua postura profissional e social quando no exercício de seu trabalho médico no futuro. Quase toda a população (94%) respondeu a pergunta: "De que forma pretendiam colaborar com a sociedade ao exercerem sua futura função de sociedade circundante?". As respostas estão listadas na Tabela 2.

Tabela 2. Frequência das Respostas dos Residentes em como Colaborar com a Sociedade.

COMO COLABORAR COM A SOCIEDADE:	N(alunos)	Percentual
C/ Prevenção/Educação/Orientação	59 "	54,1 %
C/ Atend. Primário/Postos/SUS/Puericultura	23 "	21,1%
C/ Atend. Pessoal qualificado e ético	22 "	20,2%
Outros: estudo/pesquisa/atualização	5 "	4,6%
TOTAL:	109 "	100, %

Solicitamos aos Residentes, considerando-se suas vivências, quais sugestões dariam a fim de aprimorar o Programa de Estágio e Especialização em Pediatria. Responderam 93 estagiários (80% da população) e quase todos indicaram várias mudanças e atividades. Deste modo, analisamos as sugestões em qualidade e quantidade, agrupando-as, e obtivemos a seguinte distribuição, conforme a Figura 4.

Figura 4. Distribuição Quanto às Sugestões Indicadas para Melhorar a Residência



Vê-se que quase um terço dos Residentes sugere mais ensino em ambulatório, um quarto pede aumento das atividades de ensino teórico e quase um quinto solicita mais Atendimento Primário em Áreas Básicas de Saúde, como Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde do país.

A seguir, são descritos os resultados quanto à escala de Atitudes.

Em nenhuma proposição houve escolha para item indiferente. Para os itens concordo e discordo parcialmente, obteve-se 13% de escolhas corretas conforme o Padrão-Ouro. Para os itens concordo e discordo, obteve-se uma média percentual de escolhas corretas, conforme o Padrão-Ouro, de 87%, com Desvio-Padrão de 8,20 e intervalo de confiança de 95% entre 71% a 103,1%.

Verificamos a intensidade de correção, em porcentagem, de cada proposição positiva (quantas com concordo) ou negativa (quantas com discordo) de toda a amostra, expressa em níveis de atitudes adequadas, conforme gabarito indicado acima, no Quadro 1. A Tabela 3 expressa a relação entre a quantidade de proposições corretas e o nível de atitudes adequadas encontrado (elevado, moderado, baixo, muito baixo).

Tabela 3. Relação entre Proposições e Nível de Atitudes Observado

Nível	Proposição		Total
	Afirmativa	Negativa	
Elevado	5	6	11
Moderado	4	1	5
Baixo	4	4	8
Muito baixo	2	4	6
TOTAL	15	15	30

Observa-se que as proposições afirmativas apresentam um predomínio de duas unidades nos níveis de porcentagem mais altas (elevado e moderado) e as negativas, duas unidades a mais nos níveis inferiores (baixo e muito baixo). Juntando-as no total, vê-se predomínio de duas unidades ao somar os níveis elevado e moderado. Na discussão a seguir pretende-se comentar estes aspectos e também os de conteúdos das proposições, associando-os ao desempenho dos Residentes.

DISCUSSÃO

A idade média dos alunos foi de 26 anos, mostrando que predominou o ingresso na Residência em continuidade ao curso de graduação, com poucas exceções. Quanto ao sexo, houve 29 homens (25%) e 87 mulheres (75%), confirmando a tendência geral da última década de igualar e a cada ano crescer o predomínio feminino na medicina brasileira.

Na especialidade de Pediatria do país, pesquisa de 1999/2000 mostrou que a relação atual de gênero na especialidade é de 40,20 homens para 59,80 mulheres. A pesquisa apontou para uma “feminilização” e um rejuvenescimento da Pediatria, pois 84,9% dos pediatras têm menos de 50 anos (10).

Constatou-se a escolha em mais da metade dos Residentes (56,80%) de pretender exercer alguma subespecialidade. Menos de um quarto da população, 25 alunos (21,5%) declararam desejar exercer Pediatria Geral. O desejo ou intenção de tomar-se um subespecialista é uma tendência mais ou menos universal de repetir na Pediatria o que ocorreu com a Clínica Médica algumas décadas atrás. Abandonar o todo, muito amplo e talvez saturado, por uma parcela menor e menos específica do conhecimento médico. É provável que isto esteja ocorrendo devido a duas situações principais: a enorme ampliação dos conhecimentos médico-científicos e o anseio de ampliar o mercado de trabalho, obtendo boa ou melhor remuneração. Alguns poucos alunos pretendem trabalhar em Pediatria Geral e/ou uma subespecialidade, ensino e pesquisa. Nossos dados são semelhantes aos observados na pesquisa sobre o Perfil dos Pediatras do Brasil, 1999/2000 (10).

Revisamos um levantamento realizado pela Academia Americana de Pediatria em 1991, nos Estados Unidos, que interrogou 4.000 pediatras quanto ao exercício da especialidade (12). Encontrou-se que dois terços dos pediatras (66,3%) não possuíam treinamento de subespecialidade, 15,1% eram subespecialistas com certificado, 11,3% eram apenas treinados e 7,3% eram treinados em áreas que ainda não possuíam curso de formação. Quanto ao gênero, havia 64,3% de homens e 35,7% de mulheres, realidade bem diversa da citada acima em nosso país. As subespecialidades mais procuradas, lá, em ordem decrescente, foram: Neonatologia, Hemato/Oncologia, Cardiologia, Alergia junto à Imunologia e Medicina do Adolescente. O perfil mais comum do subespecialista foi: ser graduado em escola internacional, masculino, solteiro, branco, sem dívida com crédito educativo. Os motivos da escolha são ainda obscuros. Estima-se que a sociedade valorize

mais o subespecialista, mas todos iniciam como pediatras gerais. O mesmo artigo refere que os Estados Unidos possuem (ou possuíam em 1991) alta proporção de especialistas, gerando custos elevados em saúde e que, em 1992, o "Council on Graduate Medical Education" recomendou que ao menos 50% dos novos médicos fossem treinados em Prática de Família, Medicina Interna ou Pediatria Geral (12). O "Council" acima referido publicou em 1996 novos requisitos para a Residência em Pediatria: maior ênfase em cuidados preventivos de saúde, ética e controle de custo-benefício. Recomendou mais tempo em Medicina do Adolescente e em Desenvolvimento, e redução do tempo na Unidade de Cuidados Intensivos (13). Uma outra pesquisa feita no Reino Unido em 1993 e repetida em 1996, mostrou, com preocupação, que a escolha para ser médico geral caiu de 25,8% para 20% nesse período, sendo maior entre as mulheres, as quais optaram mais por cirurgia (14). Outra pesquisa canadense de 1998 que investiga a relação entre o Curso de Residência e a satisfação com a escolha da área pediátrica em exercício, aponta a necessidade de organizar Comitês de Estudos para adequar o programa educacional da Residência em Pediatria com a realidade futura do trabalho médico-pediátrico (15).

Encontramos aqui, à semelhança dos países citados acima, qual ou quais sub-especialidades são preferidas. Optaram mais por áreas que priorizam a tecnologia em ambiente hospitalar, com emprego seguro, em detrimento da clínica de ambulatório junto ao paciente, sua família e a comunidade, que discutiremos mais adiante.

Quanto à influência recebida para tomar decisões de cunho profissional, verificamos que os estágios cursados na graduação e no início da especialização são fatores preponderantes, seguidos pelos modelos de professores. Constata-se, deste modo, a enorme responsabilidade da qualidade do ensino ao longo do curso e do modo de ser do professor como fatores estimuladores ou determinantes das opções de trabalho dos novos médicos. Sobressai aqui a enorme importância do professor qualificado, profissionalizado e influente como bom modelo em competência e humanismo (16, 17).

Ao questionar os alunos se constavam em seus planos futuros alguma forma de ser ou proceder que pudesse beneficiar a sociedade, mais da metade, 59 residentes (54,1%), respondeu que pretende exercer a Pediatria com enfoque predominante em prevenção, educação e orientação em saúde para crianças e famílias. Acredita-se que estas respostas possam ter algum viés e expressem aquilo que é “dito e repetido” freqüentemente pelos professores em lugar de ser uma convicção própria: o discurso idealizado distante da realidade mal enfrentada, quase um mau hábito brasileiro. Ou, quem sabe, agradar, por intuição, a pesquisadora. Um quinto de alunos (21,1%) pensa dar algo de si ao trabalhar parte do dia em Puericultura e Cuidados Primários em Pediatria nas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde. Outro quinto, 22 alunos (20,2%), diz que ao fazer seu trabalho com responsabilidade, qualidade e ética, estará desempenhando seu papel social. Alguns outros pensam participar com estudos, pesquisas e atualizações.

Quanto à pergunta sobre sugestões para aprimorar o Estágio de Residência, 93 alunos (80%), responderam com mais de uma atividade ou ação. A sugestão mais freqüente, expressada 45 vezes (32,6%), foi a de aumentar a carga horária em ambulatório, tendo mais contato direto com crianças e suas famílias. Nesse aspecto acreditamos que as respostas sejam fundamentadas, pois nos estágios locais ocorre pouca prática em serviços extra-muros. A literatura mundial é enfática no assunto. A Academia Americana de Pediatria tem reiterado o aumento da “**new morbidity**”, isto é, da violência, da pobreza, de crianças e adolescentes adictos a drogas, famílias atípicas pouco continentas, distúrbios psicossociais, evolutivos e escolares, exigindo mais preparo e treinamento dos pediatras nessas áreas (18). Uma pesquisa norte-americana de 1992, sobre Programas de Residência, mostrou qualidade e duração insuficientes nas áreas de comportamento, desenvolvimento, cuidados com a criança sadia, medicina do adolescente, acompanhamento clínico, pacientes externos e cirurgia (19). Um outro estudo em Cuidados Clínicos Primários, Porto Rico, 1992, encontrou como diagnósticos mais freqüentes: bebês, crianças e adolescentes sadios,

infecção respiratória superior, problemas de pele, asma, gastroenterite aguda, otite média, anemia, vacinação incompleta, problemas psicossociais, de nutrição e crescimento, psicossomáticos, parasitoses e pneumonia (20). Sargent et alli, em 1993, analisam o Programa de Residência quanto aos seus conteúdos, formação dos preceptores e locais de treinamento. Reiteram a necessidade de manter os ambulatórios de Cuidados Primários em Pediatria sob permanente processo de avaliação (21). Conclusões semelhantes são apontadas por pesquisa sobre treinamento em Medicina do Adolescente, recomendando à Academia Americana de Pediatria prioridade para o desenvolvimento de currículos e disseminação de materiais de ensino para os Programas de Residência em Pediatria (22).

A Segunda sugestão foi a de aumentar o tempo dedicado a aulas teóricas, cursos, seminários, discussões clínicas, grupos de estudo e revisões bibliográficas. Pedem também uma biblioteca com acervo mais abrangente. O pedido seguinte, 26 vezes (19%), refere-se a aumento de horários em ambulatórios de Atendimento Primário do Sistema Único de Saúde. A Quarta sugestão referiu-se à melhor qualificação de professores para a tarefa de supervisão de estágio, bem como sua presença mais constante. Solicitam ainda um programa melhor organizado e bem executado.

A avaliação global da escala mostrou um resultado percentual de 87% de acertos nas respostas das proposições, o qual pode-se considerar muito bom. Significa que na população estudada houve um percentual de 87% de respostas que expressam atitudes adequadas, positivas ou negativas, diante do estímulo das proposições apresentadas aos Residentes. As respostas obtidas sugerem que os sujeitos receberam formação médica bastante boa nos aspectos de saúde propostos na escala. Entretanto, analisando o conjunto de respostas a cada proposição, encontramos algumas discrepâncias, conforme os conteúdos das questões. Por exemplo, questões sobre aleitamento materno, diarreia aguda, vacinação, infecção respiratória aguda, reiteradamente debatidas em nosso meio, obtiveram ótimo desempenho. As porcentagens mais baixas de acertos ocorreram nos temas de

nutrição, desnutrição, indicadores de saúde , abandono familiar-social, agravos físicos e outros, talvez menos enfocados nos programas de formação do nosso meio. A média geral, porém, é bastante satisfatória. Conforme observa-se na Tabela 3, nas proposições afirmativas há mais níveis elevado e moderado de atitudes, e nas negativas há mais níveis baixo e muito baixo, sugerindo ser o item de cunho afirmativo de mais fácil interpretação.

Finalizando, o estudo aponta para uma questão fundamental em educação que é o fato da avaliação fornecer subsídios para os conteúdos do ensino , principalmente quanto ao processo formativo. A formação de atitudes adequadas ao exercício da profissão médica é ainda uma face do ensino a ser enfrentada, discutida e desenvolvida. Propugnamos que mais estudos enfatizem essa área, fornecendo subsídios que contribuam para a sua evolução. Além de estudos transversais, seria útil realizar também estudos longitudinais ou de coorte. Como continuidade deste estudo, seria elucidativo aplicar a escala daqui a três ou cinco anos e observar as diferenças mediante o exercício profissional.

Finalmente, esperamos que este estudo possa contribuir para o aprimoramento do desempenho médico através da valorização da formação de atitudes adequadas nos currículos de Educação Médica.

REFERÊNCIAS:

1. Sobral, DT, Retrospecto da Cúpula de Edimburgo: subsídios para a Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*; 18(3): 097-132, 1994.
2. Almeida, MJ, Educação Médica e Saúde: *Possibilidades de Mudança*. Editora da Universidade Estadual de Londrina e Editora da Associação Brasileira de Ensino Médico; Londrina e Rio de Janeiro; 1999.
3. Bligh J, Parsell G. *Research in Medical Education: finding its place* 1999; 33:162-164.
4. Marcondes, E. Diretrizes para o Ensino de Pediatria. *Jornal de Pediatria* 1993; 69(6): 349-52.
5. Gonçalves EL. Os objetivos da Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 1998; Rio de Janeiro; 22 (2/3): 09-18.
6. Issler H, Leone C, Marcondes E. *Pediatria na Atenção Primária*, São Paulo, Brasil; Editora Sarvier; 1999.
7. Organización Panamericana de la Salud. *Acciones de Salud Maternoinfantil a nivel local: Según las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia*. Washington DC., Julio de 1999.
8. Scott CS, Greig LM, Neighbor, WE. Curricular Influences on Preventive-Care Attitudes. *Preventive Medicine* 1986; 15: 422-431.
9. Oppenheim NA. *Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement*. New Edition; London; Pinter/ A Cassel; 1992.
10. Sociedade Brasileira de Pediatria. Pesquisa Perfil do Pediatra 1999-2000 in Pesquisa Perfil dos Médicos do Brasil (Fiocruz/ Conselho Federal de Medicina- Ministério da Saúde, 1996) *Sociedade Brasileira de Pediatria- Notícias*; 17, Ano III; 2001.
11. Contandriopoulos A-P et alli. *Como preparar uma pesquisa: Definição, Estrutura, Financiamento*. Editora Hucitec/Abrasco, São Paulo- Rio de Janeiro, 1999, p. 112-120.

12. Brotherton SE. Pediatric Subspecialty Training, Certification, and Practice: Who's Doing What. *Pediatrics*, 94(1) July 1994.
13. Slavin SJ. Commentary. *Medical Education*, 1999; 33:006-7.
14. Goldacre MJ, Davidson JM & Lambert TW. Career choices at the end of the preregistration year of doctors who qualified in the United Kingdom in 1996. *Medical Education*, 1999; 33: 882-9.
15. Macnab, A, Martin J, Duffy D & Murray G. Measurement of well a Pediatric training programme prepares graduates for their chosen career paths. *Medical Education*, 1998; 32, 362-366.
16. Bligh, J. Learning by example. Editorial. *Medical Education*, 1999; 33: 234-5.
17. Hekelman FP and Blase JR. *Excellence in Clinical Teaching: The Core of the Mission. Academic Medicine*, 71(7), July, 1996.
18. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1993 to 1994, American Academy of Pediatrics. The Pediatrician and the "New Morbidity". *Pediatrics*, 92(5), Nov. 1993.
19. Liebelt EL et alli. Evaluation of Pediatric Training by the Alumni of Residency Program. *Pediatrics*, 91(2), Feb. 1993.
20. Caderon C, González, G e Valcárcel, M. Diagnostic Exposure in a Primary Care Clinic During Pediatric Training. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 11(3), Dec. 1992.
21. Sargent et alli. Establishment of primary Care Continuity Experiences in Community Pediatricians' Offices: Nuts and Bolts. *Pediatrics*, 91(6), June 1993.
22. Emans SJ et alli. Adolescent Medicine Training in Pediatric Residency Programs: Are We Doing a Good Job? *Pediatrics*, 102(3), Sep. 1998.

RELAÇÃO DOS TEMAS ESCOLHIDOS PARA SUBSIDIAR A ESCALA DE ATITUDES

- ❖ Incentivo ao aleitamento materno
 - ❖ Imunizações
 - ❖ Acompanhamento do crescimento com ênfase de 0 a 5 anos
 - ❖ acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor
 - ❖ infecção Respiratória Aguda (IRA)
 - ❖ Doença Diarrêica Aguda
 - ❖ Promoção da segurança infanto-juvenil
 - ❖ Distúrbios nutricionais mais freqüentes: desnutrição e obesidade
 - ❖ Distúrbios nutricionais mais freqüentes: anemia e raquitismo
 - ❖ O prontuário de atendimento e o Cartão da Criança (de saúde)
 - ❖ Fatores de risco para a saúde integral a criança
 - ❖ Fatores de risco para a saúde integral do adolescente
 - ❖ Orientação quanto ao ambiente físico
 - ❖ Promoção de saúde bucal
 - ❖ Alimentação na infância e adolescência
- Exemplo de proposição afirmativa: **Os primeiros dias de vida do recém-nascido são cruciais para a instalação e a continuidade do aleitamento materno.** (certo: concordo)
- Exemplo de proposição negativa: **A desnutrição leve pode ser um motivo para não vacinar uma criança.** (certo: discordo)

ANEXO 1- ESCALA DE ATITUDES

GRUPOS DE CONTEÚDOS SOBRE PUERICULTURA e ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PEDIATRIA

1. Incentivo ao aleitamento materno
2. Imunizações
3. Monitorização do crescimento (ênfase de 0 a 5 anos)
4. Monitorização do desenvolvimento
5. Infecção respiratória aguda
6. Diarréia aguda e Terapia de Re-hidratação Oral (TRO)
7. Promoção da segurança infanto-juvenil
8. Distúrbios nutricionais mais freqüentes: desnutrição e obesidade
9. Distúrbios nutricionais freqüentes: anemia e raquitismo
10. O prontuário de atendimento e o Cartão da Criança do MS
11. Fatores de risco para a saúde integral/contextual da criança
12. Fatores de risco para a saúde integral/contextual do adolescente
13. Orientação quanto ao ambiente físico
14. Promoção da saúde bucal
15. Alimentação na infância e adolescência

Introdução: Listamos abaixo os 10 itens sugeridos para cada assunto. Os 5 primeiros itens pressupõem concordância e os itens de 6 a 10, discordância. A Escala de Likert é constituída por cinco opções de escolha: concordo plenamente, concordo em parte, sou indiferente, discordo em parte, discordo plenamente. Em cada assunto o revisor convidado escolhe dois itens os quais considera mais fidedignos, claros e pertinentes à sua função que é medir uma escolha de atitude frente ao tema proposto. Deve ser um de conteúdo para concordar e um outro para discordar, objetivando diminuir

viéses. Dentre as escolhas ou sugestões feitas pelos cinco especialistas, a autora vai acolher os itens mais indicados ou mais escolhidos, aceitando também sugestões novas e correções.

Tema no. 1: Incentivo ao aleitamento materno

- Todos os profissionais de saúde envolvidos com o ciclo grávido-puerperal devem incentivar o aleitamento materno.
- A gestação e o parto corretamente acompanhados favorecem um aleitamento pleno, mais espontâneo e mais prolongado.
- Os primeiros dias de vida do Rn são cruciais para a instalação e a continuidade do aleitamento materno, requerendo atenta supervisão do pessoal de saúde.
- Embora o relativo sucesso atual sobre importância e uso do aleitamento materno, ainda é preciso persistir em sua divulgação.
- As taxas atuais de desmame precoce no Brasil ainda são altas requerendo ações sociais e de saúde para sua prevenção.
- - Nenhuma mulher necessita de estímulo apropriado e personalizado para aleitar de modo exclusivo seu bebê.
- - A introdução de chá, na mamadeira, para o recém-nascido em aleitamento materno, não interfere em seu apego ao seio.
- - O aleitamento materno até o 6º mês está tão bem estabelecido em nosso meio que podemos dispensar ou descurar o estímulo ao seu uso.
- - Em algumas mães o leite materno é “fraco” e, apesar do peso adequado do bebê, devemos introduzir alimentos complementares.
- - A composição do leite materno depende diretamente da alimentação da mãe, devendo esta ter muito cuidado com sua ingesta rotineira.

Tema no. 2: Imunizações

- O Programa Ampliado de Imunizações das Américas alterou o perfil das doenças infecto-contagiosas infantis do continente nas últimas duas décadas.
- As vacinas atualmente liberadas para uso na população são seguras e eficazes.
- As vacinas em uso no país têm assegurado uma proteção anti- infecciosa eficaz, reduzindo taxas de mortalidade infantil.
- A execução correta do calendário vacinal é uma medida preventiva bem estabelecida constituindo uma das cinco ações básicas de saúde da OMS para a infância.
- O temor que alguns pais ainda possuem em relação à execução de vacinas é totalmente infundado e pode prejudicar a criança.
- - As vacinas podem causar prejuízos ao desenvolvimento imunológico natural da criança, nem sempre sendo indicadas..
- - As recomendações divulgadas pelo CDC, Center for Disease Control and Prevention, dos USA, nem sempre são confiáveis.
- - A desnutrição pode ser um motivo para não vacinar uma criança.
- - Cada pediatra pode escolher seu próprio esquema de vacinação ignorando o calendário vacinal oficial do Ministério da Saúde ou da Sociedade Brasileira de Pediatria.
- - O pediatra do Centro de Saúde pode delegar ao pessoal auxiliar as decisões referentes a casos especiais de vacinação.

Tema no. 3: Monitorização do crescimento (ênfase de 0 a 5 anos)

- O acompanhamento periódico do crescimento é a melhor maneira de constatar que a evolução da criança processa-se adequadamente.

- O gráfico “caminho da saúde” de 0 a 5 anos, proposto pela OMS e que consta no Cartão da Criança do Ministério da Saúde é um controle de fácil compreensão para as mães e para a equipe de saúde.
- A medida do perímetro cefálico no lactente é um marcador eficaz para triagem do crescimento do cérebro.
- As medidas de peso e estatura de acordo com a idade e a relação de ambas entre si fornecem dados fidedignos do processo de crescimento.
- O crescimento de uma determinada população infantil é um indicador da qualidade de vida desta sociedade.
- - O controle do crescimento nas Unidades Básicas de Saúde é uma tarefa enfadonha, trabalhosa e desnecessária.
- - A balança e o antropômetro são ferramentas antiquadas e superadas nessa época em que a tecnologia de ponta fornece dados tão precisos, mesmo caros.
- – A promoção e vigilância do crescimento infantil não constitui um eixo ordenador das ações básicas de saúde da infância.
- – Os padrões de referência para o crescimento, como tabelas e curvas, não são os parâmetros mais adequados para sua avaliação.
- – O indicador de saúde peso ao nascer não é um bom referencial da evolução da gestação e do crescimento do feto.

Tema no. 4: Monitorização do desenvolvimento

- O desenvolvimento deve ser avaliado em paralelo com o crescimento para que, além do aspecto físico, seja observado o aspecto funcional e evolutivo da criança.
- Para a criança, desenvolver é tão importante quanto crescer.

- Cada etapa do desenvolvimento apóia-se nas anteriores, por isso, todas devem ser devidamente vivenciadas.
- O desenvolvimento adequado pressupõe boas condições biopsicossociais.
- Todas as crianças devem ter acesso a condições propícias para atingir os melhores patamares de desenvolvimento de sua idade.
- – O desenvolvimento infantil não é responsabilidade da área médico-pediátrica.
- – A negligência familiar não costuma afetar o desenvolvimento de crianças de bom nível econômico.
- – Crianças com bons cuidados de higiene e alimentação não necessitam ser estimuladas.
- – A pré-escola pode ser dispensável quando a criança possui TV e computador em seu lar e não gosta de interagir com iguais.
- – Nos lares de baixa renda é natural que a criança não brinque e não frequente escola.

Tema no. 5: Infecção Respiratória Aguda (IRA)

- A OMS considera normais 5 a 6 infecções respiratórias virais benignas durante o primeiro ano de vida.
- Apesar do avanço científico e tecnológico, ainda há crianças indo ao óbito por pneumonias mal manejadas ou tardiamente tratadas, por ignorância familiar e/ou falhas do sistema de saúde pública.
- O uso adequado de antibióticos na rede básica de saúde e a vigilância continuada de cada caso podem reduzir ou evitar a mortalidade por pneumonia na infância.
- Muitos casos de pneumonia na primeira infância são evitados com a vacinação completa para sarampo e coqueluche.

- Bom estado nutricional e bons cuidados ambientais são fatores de redução da infecção respiratória aguda.
- – A vacinação contra o *Haemophilus Influenzae tipo B* em crianças abaixo de 5 anos não mudou a prevalência de pneumonia.
- – A necessidade de referir ao hospital os casos de IRA mais graves é difícil de ser identificada na rede básica de saúde.
- – A IRA é uma patologia pouco prevalente na infância.
- – O estado nutricional não interfere na ocorrência e evolução das IRAS virais e/ou bacterianas.
- – O uso inadequado de antibióticos nas IRAS não costuma acarretar prejuízos na evolução da doença, nem na criança.

Tema no. 6: Doença diarréica aguda e Terapia de Re-hidratação Oral (TRO)

- Nas últimas décadas as pesquisas sobre fisiopatologia intestinal e sais de hidratação oral mudaram o panorama mundial da morbimortalidade por diarréia.
- A ocorrência de diarréia aguda é fortemente influenciada por fatores sociais e de saneamento básico.
- A educação para a saúde é uma robusta ferramenta para prevenir a diarréia aguda da infância.
- O aleitamento materno prolongado é uma conduta preventiva fundamental para evitar a diarréia aguda em populações de baixa renda.
- A utilização precoce do soro caseiro pode atenuar e reduzir a duração e minimizar complicações de episódios de diarréia aguda.
- – O soro de rehidratação oral não é tão efetivo quanto é propagado.
- – O saneamento básico tem pouca influência na prevalência de diarréia aguda.

- – Na prevenção da diarreia aguda é mais importante a higiene pessoal materna do que o aleitamento exclusivo ao seio.
- – Deve-se suspender o aleitamento materno durante um quadro de diarreia aguda.
- – É opcional o uso de antibióticos em diarreias de etiologia não esclarecida, pois não interferem em sua evolução.

Tema no. 7: Promoção da segurança infanto-juvenil

- “Os acidentes não são acidentais...” OMS, 1961
- O acidente tem causa, origem e epidemiologia como qualquer outra doença, podendo ser evitado e controlado.
- A equipe de saúde, em especial o pediatra, podem desempenhar importante papel como promotor e educador em prevenção de acidentes.
- Para promoção eficaz da segurança infanto-juvenil é preciso atuar em todos os alvos da cadeia de causa de acidentes.
- Para promover segurança infanto-juvenil, além de educar, é preciso avançar em leis e regras de mercado.
- – Os hábitos e ações das pessoas não são potenciais causadores de acidentes.
- – O calendário de aconselhamento em segurança da Academia Americana de Pediatria de 1993 é pouco útil em nosso meio.
- – O lar é um local sempre seguro sendo desnecessário adotar condutas de cuidado e segurança, quando há filhos menores de 5 anos.
- – O estresse e a disfunção familiares não interferem na segurança do lar.
- – O pediatra, como clínico, investigador e político, tem pouca influência na redução de acidentes infanto-juvenis.

Tema no. 8: Distúrbios nutricionais mais freqüentes: desnutrição e obesidade

- A pobreza é o principal fator ambiental causador de desnutrição infantil.
- A desnutrição é também "manifestação biológica de um fenômeno coletivo conhecido como *fome*" (Moura & cols., 1990)
- A desnutrição de causa primária é muito mais freqüente do que a de causa secundária.
- O desmame precoce é um importante fator de desnutrição infantil em famílias de baixa renda.
- O diagnóstico de desnutrição fundamenta-se na antropometria relacionada à idade, exame clínico e história.
- - A desnutrição é mais problema médico do que sociopolíticocultural.
- - A desnutrição moderada requer também tratamento hospitalar.
- - O fator educacional tem peso insignificante na recuperação nutricional.
- - A desnutrição crônica não é geradora de desigualdade social.
- - Medidas preventivas para desnutrição infantil são pouco efetivas ou úteis, podendo ser dispensadas.

Tema no.9: Distúrbios nutricionais mais freqüentes: anemia carencial e raquitismo.

- A anemia carencial é, ainda hoje, uma patologia muito prevalente abaixo de 5 anos.
- Fatores maternos e desmame precoce são importantes causas de anemia e raquitismo no lactente.
- A introdução precoce e, em geral, desnecessária de leite de vaca, é causa comum de anemia carencial e de raquitismo no lactente.
- A anemia carencial é ainda indevidamente valorizada e pouco investigada na assistência da criança com aspecto geral saudável.

- A vigilância periódica de saúde na primeira infância é importante fator de prevenção da anemia carencial e do raquitismo.
- - O aleitamento materno não está associado com prevenção de anemia carencial e raquitismo.
- - A triagem para complementação de ferro e vitamina D é uma medida de baixo impacto para a saúde do lactente.
- - Fatores como clima e poluição do ar são pouco importantes na prevenção do raquitismo.
- - Raquitismo e anemia carencial são doenças que só ocorrem em famílias de baixa renda e são pouco prevalentes.
- - Não há associação entre nível socio-econômico-cultural e prevalência de anemia carencial e raquitismo no lactente.

Tema no.10: O prontuário de atendimento e o Cartão da Criança do MS.

- Promover a saúde da criança é atendê-la e ao mesmo tempo acompanhar seu crescimento, desenvolvimento e estado nutricional.
- O Cartão da Criança é um valioso instrumento que documenta os dados essenciais da saúde da criança.
- A equipe de saúde deve valorizar e incentivar o uso do Cartão da Criança.
- No Sistema Público de Saúde o prontuário com o registro dos dados básicos da criança deve ter valor similar ao do feito em hospital de ensino.
- A educação em saúde inclui a conscientização da mãe sobre o valor dos dados contidos no Cartão da Criança.
- - O levantamento de indicadores locais de saúde da criança é menos importante do que o atendimento dos casos agudos graves.
- - Não é preciso reforçar às mães o valor do uso do Cartão da Criança.

- – O preenchimento do prontuário no Centro de Saúde pode ser perda de tempo.
- - No Centro de Saúde basta a competência do bom atendimento da doença. A prevenção se faz por si mesma.
- – É suficiente que o médico entenda o Cartão da Criança. A equipe e a família não necessitam interpretá-lo ou valorizá-lo.

Tema no. 11: Fatores de risco para a saúde integral da criança

- O pediatra do Centro de Saúde deve procurar conhecer os principais fatores de risco de sua clientela.
- É útil e desejável que o pediatra conheça os fatores de risco para a criança apontados pela OMS/OPAS, relacionando-os com sua localidade.
- Pré-natal e parto indevidamente acompanhados são fator de risco para a futura saúde global da criança.
- Imunização incompleta é fator de risco para doenças infecto-contagiosas.
- Desnutrição no lactente é fator de risco para seu crescimento e desenvolvimento e presença de infecções.
- - O estresse e a disfunção familiar não são fatores de risco para a saúde das crianças.
- – A assistência integral à saúde da criança não inclui, necessariamente, a educação em saúde.
- - Preocupação com depressão e negligência maternas não é da alçada do pediatra e nem da equipe de saúde.
- – Se a criança é sadia, não importa seu meio ambiente, nem seu suporte familiar.
- - Fatores de risco são minimizados só com medicina de qualidade.

Tema no. 12: Fatores de risco na adolescência p/ saúde integral/contextual

- A adolescência é uma fase de mudanças rápidas na qual podem aumentar as chances de agravos biopsicossociais se não houver adequada atenção.

- Considerando o intenso crescimento físico na adolescência e a mudança de hábitos alimentares, é comum o risco para agravos nutricionais.
- A exclusão escolar na adolescência é importante fator de risco para piores condições de trabalho e de renda futuros.
- A pressão de seu grupo de iguais é considerada hoje a maior influência para o uso abusivo de drogas nos adolescentes.
- A gestação na adolescência é em todo o mundo um sério problema de saúde pública e um fator para riscos diversos, biopsicossociais.
- - Comportamentos inadequados dos adultos não constituem maus modelos para os adolescentes.
- - A experimentação de drogas de modo intermitente não costuma levar à dependência psicoquímica.
- – O abandono familiar/social com perda de vínculos é exclusivo da classe pobre.
- – O abuso sexual ocorre muito mais nas classes desfavorecidas.
- – A detecção precoce de comportamentos de risco não influem na evolução e prevenção de DST e AIDS.

Tema no. 13: Orientação quanto ao ambiente físico

- O pediatra deve conhecer e valorizar o ambiente físico onde a criança vive.
- A higiene do ambiente físico é parte integrante da ação pediátrica.
- A vigilância do ambiente onde a criança brinca dentro e fora da casa deve ser tarefa constante dos adultos cuidadores.
- A insolação, a ventilação, o tipo de limpeza e a umidade da casa, são fatores importantes no desencadeamento de doenças respiratórias.
- Locais ensolarados e seguros para brincar e movimentar-se são essenciais para o pré-escolar (não podem faltar, como o seio materno).

- - O pediatra não necessita envolver-se com cuidados de meio ambiente.
- – Cuidados ambientais são de competência da família e não da equipe de saúde.
- - Ficar seguro vendo TV pode ser uma boa atividade para um pré-escolar, a qual substitui bem o livre brincar.
- - Animais domésticos e tipo de pátio podem ser omitidos no interrogatório, pois não influem na saúde da criança.
- - Condições da moradia, do local de lazer e do quarto da criança não interessam nas consultas do Centro de Saúde.

Tema no. 14: Promoção da saúde bucal

- A saúde dos dentes infanto-juvenis é um trabalho conjunto de familiares, pediatras e cirurgiões-dentistas.
- A saúde bucal é eficazmente realizada via educação dos pais e medidas preventivas, desde a fase de bebê.
- O pediatra deve cuidar da sucção, mastigação, deglutição, fonação e estética orofacial nas sucessivas etapas, a fim de manter a saúde bucal/dental.
- São fatores de risco para a cárie: transmissão bacteriana, uso excessivo de carboidatos e ausência de higiene e de aplicação de flúor.
- Cuidados corretos com a dentição decídua garantem dentição permanente saudável e bem estruturada.
- - Embora seja o pediatra o primeiro profissional a examinar a boca, não lhe compete opinar sobre a dentição infantil.
- - Medidas preventivas têm pequeno impacto na prevenção da cárie.
- - O uso prolongado de mamadeira tem desprezível influência na ocorrência de cárie.
- - Mesmo sendo rotineira e freqüente a ida ao pediatra, compete somente à família opinar sobre a visita ao dentista.

- - O aleitamento noturno e o consumo de açúcar fora das refeições são fatores pouco relevantes para risco de cárie.

Tema no. 15: Alimentação na infância e adolescência

- A alimentação correta depende da oferta e da educação alimentar.
- A criança aprende com a mãe e com a família, pelo exemplo, a ingerir os alimentos que lhe são mais benéficos.
- Gulodices fora das refeições é um mau hábito permitido e ignorado pela família.
- A educação alimentar no adolescente é mais difícil devido ao seu modo de ser nessa fase, entretanto argumentos bem explicados, individualmente, são mais aceitos.
- A educação alimentar começa com o aleitamento e prossegue no desmame, consolidando-se conforme atuação da família.
- – Refrigerantes e gulodices pouco influem na inapetência infantil.
- – O pediatra tem pequena atuação na educação alimentar.
- – A desinformação sobre composição e ação dos alimentos no organismo é fator de pouco peso no erro alimentar.
- – A produção, distribuição e aquisição de alimentos de forma desigual, não atrapalha o consumo familiar benéfico à saúde.
- - A redução da pobreza e do desconhecimento não trarão melhorias no tipo de alimentação dos indivíduos.

Dos 150 itens propostos pretende-se que sejam escolhidos 2 em cada conteúdo, um concordante e um discordante, perfazendo um total de 30 itens escolhidos.

BIBLIOGRAFIA referente à ESCALA DE ATITUDES

1. Issler H., Leone C., Marcondes E. *Pediatria na Atenção Primária*, São Paulo, SARVIER, 1999, p. 3 a 179.
2. Baker, RC. *Handbook of Pediatric Primary Care*, Boston, USA, Little, Brown and Company, 1996, p. 3 a 71.
3. Polnay L. *Manual of Community Paediatrics*, Nottingham, Inglaterra, Churchill Livingstone, 1988.
4. Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde: *Promoción del crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes*, série HCT/AIEPI - 25.E.1 Segunda edición, junio de 1999.
5. Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde, Benguigui Y, *Infecções Respiratórias Agudas: Fundamentos Técnicos das Estratégias de Controle*, série HTC/AIEPI - 8.P, dezembro de 1997.
6. Organização Pan-Americana de Saúde: *Acciones de Salud Maternoinfantil a nivel local, según las metas de la cumbre mundial en favor de la infancia*, serie HCT/AIEPI/4.E, Washington DC., Julio de 1999.
7. Eisenstein E e Souza RP. *Situações de RISCO à SAÚDE de crianças e adolescentes*, Rio de Janeiro, Editora Vozes, Petrópolis, 1993.
8. Costa MCO e Souza RP. *Avaliação e Cuidados Primários da criança e do adolescente*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.
9. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina Ambulatorial: Conduas Clínicas em Atenção Primária*, 2ª edição, Porto Alegre, Artes Médicas, 1996, p. 79 a 164.
10. Marcondes E. *Pediatria Básica*, 8ª ed. São Paulo, SARVIER, 1992, p. 3 a 132.

ANEXO 2- QUADRO GERAL DA ESCALA DE ATITUDES

	E.Busnello	Brasília	M.Goldani	Airton Stein	R. Issler	Itens escolhidos
Tema nº 1	5	3	1	1	1	1 e 10
	10	10	6	7	8	
Tema nº 2	5	3	4	3	4	4 e 8
	8	6	1?	8	9	
Tema nº 3	2	5	5	5	2	5 e 8
	8	8	10	7	6	
Tema nº 4	2	1	5	4	1	1 e 6
	8	10	6	10	6	
Tema nº 5	3	3	3	5	3	3 e 7
	7	7	8	9	7	
Tema nº 6	3	4	2	5	3	3 e 9
	9	9	9	9	9	
Tema nº 7	2	4	2	2	4	2 e 10
	10	9/10	10	9	10	
Tema nº 8	5	4	1	5	4	*5 e 6
	6	8	6	7	10	
Tema nº 9	4	5	4	5	5	5 e 10
	10	10	6	7	10	
Tema nº 10	4	2	?	3	1	4 e 9
	9	10	?	9	10	
Tema nº 11	1	2	5	3	2	2 e 9
	9	9	?	7	10	
Tema nº 12	1	1	?	4	1	1 e 8
	7	8	6	9	8	
Tema nº 13	1/2	2	1	3	1	*1 e 7
	7/9	9	10	10	7	
Tema nº 14	3	3	?	5	3	3 e 6
	7	6	10	?	6	
Tema nº 15	2	5	? ou M	4	5	5 e 7
	7	9	10	8	7	

ANEXO 3 – INSTRUMENTO USADO PARA COLETA DE DADOS

Questionário

1. Instituição:
2. Data de nascimento: Idade: Sexo: () F () M
3. Nível da Residência em Pediatria:
4. Estudou Pediatria/Puericultura fora do currículo Sim () Não ()
5. Frequentou Cursos extras em Pediatria/Puericultura Sim () Não ()
6. Fez estágios extras em Pediatria/Puericultura Sim () Não ()
7. Se os itens 4, 5 e 6 forem SIM, cite locais, duração e conteúdos básicos
.....
.....
.....
8. Área da Pediatria que pretende exercer () Geral
() Sub-especialidade
() Ensino
() Pesquisa
9. Se sub-especialidade, qual (ais) seria?
10. Houve influências na escolha? Qual/quais?
11. Como médico-pediatra, de que forma pensa colaborar para a sociedade?
.....
.....
12. Dê sugestões, conforme suas próprias vivências, que contribuiriam para melhorar o ensino teórico-prático de Pediatria/Puericultura.
.....
.....
.....

ESCALA DE ESCOLHA DE ATITUDES

Coloque um círculo no número que corresponde à sua resposta. Escala: 1. Discorda
 2. Discorda parcialmente
 3. É indiferente
 4. Concorda parcialmente
 5. Concorda

Discorda _____ Concorda

1 : 2 : 3 : 4 : 5

1. Todos os profissionais de saúde envolvidos com o ciclo grávido-puerperal devem incentivar o aleitamento materno.

Discorda _____ Concorda

1 : 2 : 3 : 4 : 5

2. O uso adequado de antibióticos na rede básica de saúde e a vigilância continuada de cada caso podem reduzir ou evitar a mortalidade por pneumonia na infância.

Discorda _____ Concorda

1 : 2 : 3 : 4 : 5

3. A composição do leite materno depende diretamente da alimentação da mãe, devendo esta ter muito cuidado com sua ingestão rotineira.

Discorda _____ Concorda

1 : 2 : 3 : 4 : 5

4. A desnutrição pode ser motivo para não vacinar uma criança.

Discorda _____ Concorda

1 : 2 : 3 : 4 : 5

5. O crescimento de uma determinada população infantil é um indicador da qualidade de vida desta sociedade.

Discorda _____ Concorda

1 : 2 : 3 : 4 : 5

6. A educação para a saúde é uma robusta ferramenta para prevenir a diarreia aguda na infância.

Discorda _____ Concorda

1 : 2 : 3 : 4 : 5

7. O acidente tem causa, origem e epidemiologia como qualquer outra doença, podendo ser evitado e controlado.

Discorda _____ Concorda

1 : 2 : 3 : 4 : 5

8. O desmame precoce é um importante fator de desnutrição infantil em famílias de baixa renda.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

9. O abandono familiar/social, com perda de vínculos, é exclusivo da classe pobre.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

10. O pediatra deve conhecer e valorizar o ambiente físico onde a criança vive.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

11. Não há associação entre nível sócio-econômico-cultural e prevalência de anemia carencial e raquitismo na primeira infância.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

12. É útil e desejável que o pediatra conheça os fatores de risco para a saúde da criança apontados pela OMS/OPAS, relacionando-os com sua localidade.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

13. A execução correta do calendário vacinal é uma medida preventiva bem estabelecida e constitui uma das 5 ações básicas de saúde da OMS para a infância.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

14. A promoção e a vigilância do crescimento infantil não constituem um eixo ordenador das ações básicas para a infância.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

15. Nos lares de baixa renda é natural que a criança não brinque e não freqüente a escola.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

16. A educação alimentar começa com o aleitamento e prossegue no desmame, consolidando-se conforme atuação da família.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

17. A necessidade de referir ao hospital os casos de IRA mais graves, é difícil de ser identificada na rede básica de saúde.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

18. Embora seja o pediatra o primeiro profissional a examinar a boca, não lhe compete opinar sobre a dentição infantil.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

19. O desenvolvimento deve ser avaliado em paralelo com o crescimento para que, além do aspecto físico, seja observado o aspecto funcional e evolutivo da criança.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

20. A ocorrência de diarreia aguda é fortemente influenciada por fatores sociais e de saneamento básico.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

21. O pediatra, como clínico, investigador e político, tem pouca influência na redução dos acidentes infanto-juvenis.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

22. O pediatra deve cuidar da sucção, mastigação, deglutição, fonação e estética orofacial nas sucessivas etapas, afim de manter a saúde bucal/dental.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

23. O pediatra tem pequena atuação na educação alimentar.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

24. A adolescência é uma fase de mudanças rápidas na qual podem aumentar as chances de agravos bio-psico-sociais, se não houver a devida atenção.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

25. Se a criança é sadia, não importa seu meio ambiente, nem seu suporte familiar.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

26. Deve-se suspender o aleitamento materno durante um quadro de diarreia aguda.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

27. A desnutrição é mais problema médico do que sócio-político-cultural.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

28. A vigilância periódica de saúde na primeira infância é importante fator de prevenção da anemia carencial e do raquitismo.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

29. No Sistema Público de saúde o prontuário com o registro dos dados básicos da criança deve ter valor similar ao que é feito no Hospital de Ensino.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

30. No Centro de Saúde basta a competência do bom atendimento da doença. A prevenção faz-se por si mesma.

Discorda _____ Concorda
1 : 2 : 3 : 4 : 5

Fim

ANEXO 4 - ANÁLISE DAS RESPOSTAS DA ESCALA DE ATITUDES, comparando com o padrão-ouro.

PARTE 4.1, descritiva DAS QUESTÕES.

- 1ª questão = afirmativa, Tema nº1: Todos os profissionais de saúde envolvidos com o ciclo grávido-puerperal devem incentivar o aleitamento materno.

Resultado: 4 (3,4%) parcialmente correto

112 (96,6%) correto, concordante, para 116 (100,0%).

Esta questão obteve um nível ótimo de acertos, quase um consenso. É provável que seja em decorrência da campanha universal, popular e científica, para o incentivo ao aleitamento materno das duas últimas décadas.

- 2ª questão = afirmativa, Tema nº 5: O uso adequado de antibióticos na rede básica de saúde e a vigilância continuada de cada caso podem reduzir ou evitar a mortalidade por pneumonia na infância.

Resultado: 4 (3,5%) incorreto (discordaram)

17 (14,8%) parcialmente correto

94 (81,7%) correto, concordante, para 115 (100,0%).

Esta questão obteve resultado bom com taxa de 81,7 % de concordância, nível moderado de atitudes positivas, embora somando a total e a parcial, resulte em 96,5 %.

- 3ª Questão = negativa, Tema nº 1: A composição do leite materno depende diretamente da alimentação da mãe, devendo esta ter muito cuidado com sua ingestão rotineira.

Resultado: 59 (51,3 %) incorreto
 23 (20,0 %) parcialmente correto
 33 (28,7 %) correto, discordante, para 115 (100,0 %)

O resultado nos surpreendeu, pois a soma da discordância total e parcial alcançou +/- 50%! Resultado péssimo. Acharmos que ocorreu um viés de confusão com o enunciado da frase possibilitando uma interpretação dúbia. As atitudes adequadas e inadequadas são meio a meio.

- 4ª Questão = negativa, Tema nº2 A desnutrição pode ser motivo para não vacinar uma criança.

Resultado: 13 (11,2 %) incorreto
 21 (18,1 %) parcialmente correto
 82 (70,7 %) correto, discordante, para 116 (100,0 %)

O percentual baixo de respostas corretas sugere desconhecimento da questão e também dúvida ou insegurança, pois a taxa de incerteza e de erro, somadas, alcança quase um terço dos alunos. Este enunciado é claro e preciso. Resultado regular, concordância baixa.

- 5ª Questão = afirmativa, Tema nº 3 O crescimento de uma determinada população infantil é um indicador da qualidade de vida desta sociedade.

Resultado: 23 (19,8 %) incorreto
 32 (27,6 %) parcialmente correto
 61 (52,6 %) correto, concordante, para 116 (100,0 %)

O resultado obtido sugere desconhecimento e/ou ausência de uma postura crítica mais abrangente que associe os dados antropométricos da

infância com a saúde e o bem-estar da população, indicando um fator básico de saúde coletiva. O índice de acertos foi muito baixo, quase 50 %, apenas. Resultado ruim a regular.

- 6ª Questão = negativa, Tema nº6: A educação para a saúde é uma robusta ferramenta para prevenir a diarreia aguda na infância.

Resultado: 4 (3,5 %) incorreto
 23 (20,9 %) parcialmente correto
 87 (75,7 %) correto, para 115 (100,0 %)

O resultado desta questão pode ser considerado ótimo, pois somando correto, discordante, com parcialmente correto (parc.te discordante), temos 96,6 % de acertos. Ocorre um provável domínio da matéria, considerando-se a ampla divulgação do assunto. Mas conforme nosso critério final, há nível baixo de discordância.

- 7ª Questão = afirmativa, Tema nº7: O acidente tem causa, origem e epidemiologia como qualquer outra doença, podendo ser evitado e controlado.

Resultado: 5 (4,3 %) incorreto
 25 (21,7 %) parcialmente correto
 85 (73,9 %) correto, concordante, para 115 (100,0 %)

O resultado de 95,6 % de concordância parcial ou total seria ótimo para este tema, porém, concordância plena de 73,9 % é baixa e o nível de atitudes positivas é baixo.

8ª Questão = afirmativa, Tema nº 8: O desmame precoce é um importante fator de desnutrição infantil em famílias de baixa renda.

Resultado: 3 (2,6 %) incorreto

13 (11,2 %) parcialmente correto

100 (86,2 %) correto, concordante, para 116 alunos (100,0 %).

O resultado de 97,4 % de concordância parcial ou total indica uma atitude plenamente positiva para este tema, como também conhecimento do mesmo. O resultado de concordante pleno de 86,2 % é moderado e o nível de atitudes positivas também.

9ª Questão = negativa, Tema nº 12: O abandono familiar/social, com perda de vínculos, é exclusivo da classe pobre.

Resultado: 12 (10,3 %) incorreto

14 (12,1 %) parcialmente correto

90 (77,6 %) correto, discordante, para 116 sujeitos (100,0 %).

O resultado indica 22,4 % de concordância total ou parcial, onde deveria ter ocorrido mais discordância plena, houve 77,6 %, sendo baixa a discordância e baixo o nível de atitudes negativas.

10ª Questão = afirmativa, Tema nº 13: O pediatra deve conhecer e valorizar o ambiente físico onde a criança vive.

Resultado: 1 (0,9 %) incorreto

8 (6,9 %) parcialmente correto

107 (92,2 %) correto, concordante, para 116 alunos (100,0%).

O resultado de 99 % de concordância total ou parcial indica uma excelente atitude positiva frente ao tema. Resultado ótimo.

11ª Questão = negativa, tema nº 9: Não há associação entre nível sócio-econômico-cultural e prevalência de anemia carencial e raquitismo na primeira infância.

Resultado: 18 (15,7 %) incorreto

24 (20,9 %) parcialmente correto

73 (63,5 %) correto, discordante, para 115 sujeitos (100,0 %)

O resultado obtido de 36,6 % de concordância total ou parcial onde deveria ter havido discordância, mostra um índice expressivo de atitudes negativas frente ao tema, ou seja, somente 63,5 % dos sujeitos discordou quando devia discordar. Discordância muito baixa.

12ª Questão = afirmativa, Tema nº 11: É útil e desejável que o pediatra conheça os fatores de risco para a saúde da criança apontados pela OMS/OPAS, relacionando-os com sua localidade.

Resultado: 3 (2,6 %) incorreto

8 (6,9 %) parcialmente correto

105 (90,5 %) correto, concordante, 116 sujeitos (100,0 %).

O resultado mostra um bom índice de concordância, (97,4 %), e indica uma ótima taxa de atitudes positivas para este tema. Resultado ótimo.

13ª Questão = afirmativa, Tema nº 2: A execução correta do calendário vacinal é uma medida preventiva bem estabelecida e constitui uma das 5 ações básicas de saúde da OMS para a infância.

Resultado: 1 (0,9 %) incorreta

115 (99,1 %) correta, concordante, 116 sujeitos (100,0 %)

O resultado excelente, com um índice quase pleno de concordância, mostra atitudes positivas de praticamente toda a amostra. Resultado excelente.

14ª Questão = negativa, Tema nº3: A promoção e a vigilância do crescimento infantil não constituem um eixo ordenador das ações básicas para a infância.

Resultado: 3 (2,6 %) incorreto

5 (4,3 %) parcialmente incorreto

107 (93,1 %), correto, com discordância, para 116 sujeitos, (100,0 %).

O resultado encontrado mostra uma ótima atitude em relação ao tema proposto com 113, (97,4 %), de discordância total ou parcial à proposição feita. Resultado excelente.

15ª Questão = negativa, Tema nº 4: Nos lares de baixa renda é natural que a criança não brinque e não freqüente a escola.

Resultado: 14 (12,1 %) incorreto

23 (19,8 %) parcialmente incorreto

79 (68,1 %), correto, com discordância, para 116 sujeitos (100,0 %).

O resultado encontrado mostra um nível alto de atitudes inadequadas à proposição com apenas 68,1 % de discordância total e 19,8 % de discordância parcial. O enunciado da frase pode ter gerado interpretação inadequada, considerando-se o termo "natural" como normal ou costumeiro, mas a autora e os revisores pensaram no sentido negativo desta conduta sócio-educativa. Nível muito baixo de atitudes discordantes.

16ª Questão = afirmativa, Tema nº15: A educação alimentar começa com o aleitamento e prossegue no desmame, consolidando-se conforme atuação da família.

Resultado: 8 (6,9 %) incorreto
33 (28,4 %) parcialmente correto
75 (64,7 %) correto, concordante, para 116 sujeitos (100,0 %).

O baixo resultado de concordância plena, 64,7 %, evidencia um resultado regular e uma atitude pouco segura sobre o tema. O resultado de 28,4 % de concordância parcial sugere pouco conhecimento sobre a enorme influência da família nos hábitos alimentares das crianças, sendo um modelo inicial e continuado.

17ª Questão = negativa, Tema nº 5: A necessidade de referir ao hospital os casos mais graves de IRA, é difícil de ser identificada na rede básica de saúde.

Resultado: 20 (17,2 %) incorreto
18 (15,5 %) parcialmente correto
78 (67,2 %), correto, com discordância, para 116 sujeitos (100,0 %).

Nesta questão todos os índices são regulares: 17,2 % de incorretos, 15,5 % de discordância parcial e apenas 67,2 % de discordância total. O resultado regular, com muitas atitudes inadequadas, sugere pouco conhecimento teórico sobre as condutas da OMS para a infecção respiratória aguda (IRA) da criança e pouca experiência prática em Atenção Primária Pediátrica.

18ª Questão = negativa, Tema nº 14: Embora seja o pediatra o primeiro profissional a examinar a boca, não lhe compete opinar sobre a dentição infantil.

Resultado: 2 (1,7 %) incorreto

8 (6,9 %) parcialmente correto

106 (91,4 %), correto, com discordância, para 116 sujeitos (100%).

O resultado mostra ótima atitude sobre o tema proposto de forma negativa. Há um ótimo índice de discordância total, que, somado ao parcial, perfaz 98,3 %. Resultado ótimo.

19ª Questão = afirmativa, Tema nº 4 : O desenvolvimento deve ser avaliado em paralelo com o crescimento para que, além do aspecto físico, seja observado o aspecto funcional e evolutivo da criança.

Resultado: 3 (2,6 %) parcialmente correto

113 (97,4 %) correto, concordante, para 116 sujeitos (100,0 %).

O resultado é excelente, com concordância quase plena e sugere ótimas atitudes.

20ª Questão = afirmativa, Tema nº6: A ocorrência de diarreia aguda é fortemente influenciada por fatores sociais e de saneamento básico.

Resultado: 5 (4,3 %) incorreto

21 (18,1 %) parcialmente correto

90 (77,6 %) correto, concordante, para 116 sujeitos (100,0 %).

O resultado é regular a bom. O índice de 18,1 % de concordância parcial aponta atitudes dúbias para um tema básico de saúde pública. A concordância de 77,6% resulta em concordância baixa e nível baixo de atitudes positivas.

21ª Questão = negativa, Tema nº 7: O pediatra, como clínico, investigador e político, tem pouca influência na redução dos acidentes infanto-juvenis.

Resultado: 6 (5,2 %) incorreto

115 (12,1 %) parcialmente correto

96 (82,8 %) correto, discordante, para 116 sujeitos (100,0 %)

O resultado com 82,8 % de discordância indica discordância moderada e nível moderado de atitudes adequadas em relação ao tema, porém 12,1 % de concordância parcial sugere insuficiente convicção sobre o papel preventivo do pediatra na sociedade.

22ª Questão = afirmativa, Tema nº 14: O pediatra deve cuidar da sucção, mastigação, deglutição, fonação e estética orofacial nas sucessivas etapas, a fim de manter a saúde bucal/dental.

Resultado: 13 (11,2 %) incorreto

33 (28,4 %) parcialmente correto

70 (60,3 %) correto, concordante, para 116 sujeitos (100,0%)

O resultado é péssimo com muito baixa concordância plena, 60,3 %, indicando poucas atitudes positivas frente ao tema e desconhecimento ou falta de manuseio do assunto na prática clínica. As cifras de incorreto e concordante parcial também são altas.

23ª Questão = negativa, Tema nº 15: O pediatra tem pequena atuação na educação alimentar.

Resultado: 1 (0,9 %) incorreto

7 (6,0 %) parcialmente correto

106 (93,1 %) correto, discordante, para 116 sujeitos (100,0%)

O resultado de discordância plena em 93,1 % mostra ótimas atitudes frente ao tema proposto. Resultado ótimo a excelente se somarmos as respostas parcialmente corretas.

24ª Questão = afirmativa, Tema nº 12: A adolescência é uma fase de mudanças rápidas na qual podem aumentar as chances de agravos bio-psico-sociais, se não houver a devida atenção.

Resultado: 3 (2,6 %) incorreto

10 (8,6 %) parcialmente correto

103 (88,8 %) correto, concordante, para 116 sujeitos (100,0 %).

O resultado de concordância total e parcial perfaz 97,4 % o que indica excelentes atitudes frente ao assunto. Porém concordância plena de 88,8% é de nível moderado e as atitudes positivas também. A adolescência tem sido um tema muito debatido nas duas últimas décadas e está ao alcance de quase toda população.

25ª Questão: negativa, tema nº 11: Se a criança é sadia, não importa seu meio ambiente, nem seu suporte familiar.

Resultado: 1 (0,9 %) incorreto

9 (7,8 %) parcialmente correto

106 (91,4 %) correto, discordante, para 116 sujeitos (100,0 %).

O resultado é de discordância elevada e indica atitudes nível elevado de atitudes discordantes para esta proposição negativa.

26ª Questão = negativa, Tema nº 6: Deve-se suspender o aleitamento materno durante um quadro de diarreia aguda.

Resultado: 1 (0,9 %) incorreto

4 (3,4 %) parcialmente correto

111 (95,7 %) correto, discordante, para 116 sujeitos (100,0%).

O resultado é excelente, com excelentes índices de atitudes discordantes.

27ª Questão = negativa, Tema nº 8: A desnutrição é mais problema médico do que sócio-político-cultural.

Resultado: 5 (4,3 %) incorreto

24 (20,7 %) parcialmente correto

87 (75,0 %) correto, discordante, para 116 sujeitos (100,0 %).

O resultado é regular pois 75,0 % discordaram da proposição negativa, sendo baixo o nível de atitudes adequadas ao tema. A discordância parcial de 20,7 % sugere dubiedade e insegurança quanto à conhecimentos de Saúde Pública.

28ª Questão = afirmativa, Tema nº 9: A vigilância periódica de saúde na primeira infância é importante fator de prevenção da anemia carencial e do raquitismo.

Resultado: 3 (2,6 %) incorreto

19 (16,4 %) parcialmente correto

94 (81,0 %) correto, concordante, para 116 sujeitos (100,0 %).

O resultado mostra um desempenho bom com 81,0 % de concordância com nível moderado de atitudes adequadas ao tema. A taxa de 16,4 % de concordância parcial sugere pouca convicção quanto ao trabalho preventivo.

29ª Questão = afirmativa, Tema nº 10: No Sistema público de Saúde o prontuário com o registro dos dados básicos da criança deve ter valor similar ao que é feito no hospital de Ensino.

Resultado: 3 (2,6 %) incorreto

16 (13,8 %) parcialmente correto

97 (83,6 %) correto, concordante, para 116 sujeitos (100,0%).

O resultado é moderado com 83,6% de atitudes adequadas ao tema, porém 13,8% de concordância parcial supõe aceitar um atendimento menos atento e mais rápido no Sistema Pública. Nível moderado de atitudes positivas, concordantes.

30ª Questão = negativa, Tema nº 10: No Centro de Saúde basta a competência do bom atendimento da doença. A prevenção faz-se por si mesma.

Resultado: 4 (3,4 %) parcialmente correto

112 (96,6 %) correto, discordante, para 116 sujeitos (100.0 %)

O resultado é excelente, sem incorreções, indica nível elevado de atitudes adequadas, no caso, negativas ou discordantes.

PARTE 4.2 ANÁLISE DAS QUESTÕES QUANTO À INTENSIDADE DE ATRIBUTOS E AO TEOR AFIRMATIVO OU NEGATIVO

GABARITO: Entre 90 a 100 % - concordância elevada

Entre 80 a 90 % - concordância moderada

Entre 70 a 80 % - concordância baixa

< que 70 % - concordância muito baixa

AFIRMATIVAS:

- 1ª Q (1ª) = 3,4 % parcialmente concordante
96,6 % concordante - Nível elevado de atitudes positivas
- 2ª Q (2ª) = 3,5 % incorreto, discordaram
14,8% parcialmente concordante
81,7 % concordante - Nível moderado de atitudes positivas
- 3ª Q (5ª) = 18,9 % incorreto, discordaram
27,6 % parcialmente concordante
52,6 % concordante - Nível muito baixo de atitudes positivas
- 4ª Q (7ª) = 4,3 % incorreto, discordaram
21,7 % parcialmente concordante
73,9 % concordante - Nível baixo de atitudes positivas
- 5ª Q (8ª) = 2,6 % incorreto, discordaram
11,2 % parcialmente concordante
86,2 % concordante - Nível moderado de atitudes positivas
- 6ª Q (10ª) = 0,9 % incorreto
6,9 % parcialmente concordante
92,2 % concordante - Nível elevado de atitudes positiva

- 7ª Q (12ª) = 2,6 % incorreto
6,9 % parcialmente concordante
90,5 % concordante - Nível elevado de atitudes positivas
- 8ª Q (13ª) = 0,9 % incorreto
99,1 % concordante - Nível elevado de atitudes positivas
- 9ª Q (16ª) = 6,9 % incorreto
28,4 % parcialmente concordante
64,7 % concordante - Nível baixo de atitudes positivas
- 10ª Q (19ª) = 2,6 % parcialmente concordante
97,4 % concordante - Nível elevado de atitudes positivas
- 11ª Q (20ª) = 4,3 % incorreto
18,1 % parcialmente concordante
77,6 % concordante - Nível baixo de atitudes positivas
- 12ª Q (22ª) = 11,2 % incorreto
28,4 % parcialmente concordante
60,3 % concordante - Nível muito baixo de atitudes positivas
- 13ª Q (24ª) = 2,6 % incorreto
8,6 % parcialmente concordante
75,0 % concordante - Nível baixo de atitudes positivas
- 14ª Q (28ª) = 2,6 % incorreto
16,4 % parcialmente concordante
81,0 % concordante - Nível moderado de atitudes positivas
- 15ª Q (29ª) = 2,6 % incorreto
13,8 % parcialmente concordante
83,6 % concordante - Nível moderado de atitudes positivas

NEGATIVAS:

- 1ª Q (3ª) = 51,3 % incorreto
20,0 % parcialmente discordante
28,7 % discordante - Nível muito baixo de atitudes positivas
- 2ª Q (4ª) = 11,2 % incorreto
18,1 % parcialmente discordante
70,7 % discordante - Nível baixo de atitudes positivas
- 3ª Q (6ª) = 3,5 % incorreto
20,9 % parcialmente discordante
75,7 % discordante - nível baixo de atitudes positivas
- 4ª Q (9ª) = 10,3 % incorreto
12,1 % parcialmente discordante
77,6 % discordante - Nível baixo de atitudes positivas
- 5ª Q (11ª) = 15,7 % incorreto
20,9 % parcialmente discordante
63,5 % discordante - Nível muito baixo de atitudes positivas
- 6ª Q (14ª) = 2,6 % incorreto
4,3 % parcialmente discordante
93,1 % discordante - Nível elevado de atitudes positivas
- 7ª Q (15ª) = 12,1 % incorreto
19,8 % parcialmente discordante
68,1 % discordante - Nível muito baixo de atitudes positivas
- 8ª Q (17ª) = 17,2 % incorreto
15,5 % parcialmente discordante
67,2 % discordante - Nível muito baixo de atitudes positivas

- 9ª Q (18ª) = 1,7 % incorreto
6,9 % parcialmente discordante
91,4 % discordante - Nível elevado de atitudes positivas
- 10ª Q (21ª) = 5,2 % incorreto
12,2 % parcialmente discordante
82,8 % discordante - Nível moderado de atitudes positivas
- 11ª Q (23ª) = 0,9 % incorreto
6,0 % parcialmente discordante
93,1 % discordante - Nível elevado de atitudes positivas
- 12ª Q (25ª) = 0,9 % incorreto
7,8 % parcialmente discordante
91,4 % discordante - Nível elevado de atitudes positivas
- 13ª Q (26ª) = 0,9 % incorreto
3,4 % parcialmente discordante
95,7 % discordante - Nível elevado de atitudes positivas
- 14ª Q (27ª) = 4,3 % incorreto
20,7 % parcialmente discordante
75,0 % discordante - Nível baixo de atitudes discordantes
- 15ª Q (30ª) = 3,4 % parcialmente discordante
96,6 % discordante - Nível elevado de atitudes discordantes

RESUMO DAS QUESTÕES:

Proposições

<i>Nível</i>	<i>Afirmativas</i>	<i>Negativas</i>	<i>Total</i>
Elevado	5	6	11
Moderado	4	1	5
Baixo	4	4	8
Muito baixo	2	4	6
Total	15	15	30

Percentual Geral: Média = 87 % , Desvio Padrão = 8, 201

Intervalo de Confiança de 95%: $87\% \pm (1,96 \cdot 8,201) = 70,91 \text{ A } 103,06\%$

FIM