



Artigos Originais

A iniciação da aprendizagem na assistência fisioterápica à mulher com incontinência urinária: dificuldades apresentadas pelos acadêmicos e propostas de superação

Initiating learning in physical therapy care for women with urinary incontinence: difficulties presented by academia and proposals to overcome

Cilene Volkmer¹

Marisa Monticelli²

Kenya Schmidt Reibnitz³

Odaléa Maria Brüggemann⁴

Fabiana Flores Sperandio⁵

¹Fisioterapeuta, Mestre em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

²Professora Associada, Universidade Federal de Santa Catarina.

³Diretora, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

⁴Professora Adjunta, Universidade Federal de Santa Catarina.

⁵Professora Adjunta, Universidade do Estado de Santa Catarina.

RESUMO - O entendimento do outro como um ser integral, humano, com aspirações, sentimentos e desejos e o exercício profissional ancorado Pesquisa qualitativa, convergente-assistencial, objetivando compreender as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de fisioterapia na iniciação da aprendizagem para assistir a mulher com incontinência urinária e construir estratégias conjuntas para superação destas dificuldades, sob suporte teórico-metodológico da Pedagogia Libertadora. Os participantes foram 17 acadêmicos, da Disciplina Fisioterapia Uroginecológica, no semestre 2009.1. Das observações participantes e oficinas emergiram dados, resultando em quatro categorias: dificuldades em lidar com a própria sexualidade; constrangimentos em compartilhar a intimidade com colegas; dificuldades quanto à interação com as mulheres e à organização da Disciplina Fisioterapia Uroginecológica. O estudo permite compreender que, apesar destas dificuldades enfatizadas pelos acadêmicos, o diálogo e a criticidade mostraram-se essenciais na construção coletiva das propostas: abordagem precoce do tema sexualidade, abertura para dialogicidade nas disciplinas, vivências em grupo e inserção da realidade nas atividades curriculares da fisioterapia uroginecológica, possibilitando transformar o processo de iniciação da aprendizagem da assistência fisioterápica à mulher com incontinência urinária.

Palavras-chave: Ensino superior. Fisioterapia. Aprendizagem. Incontinência urinária. Saúde da mulher.

ABSTRACT - This qualitative, convergent-care study seeks to comprehend the difficulties presented by physical therapy academics initiating learning towards caring for women with urinary incontinence and to construct strategies to overcoming said difficulties, with theoretical-methodological support from Liberation Pedagogy. Participants were 17 students in the class Urogynecological Physical Therapy in 2009.1. From participants' observations and workshops, data emerged and resulted in four categories: difficulties in dealing with one's sexuality; embarrassment sharing intimacy with colleagues; in interacting with women with incontinence; and to organizing the class, Urogynecological Physical Therapy. This study permits us to understand that even with such difficulties, dialogue and critical perspectives show themselves to be essential in collectively constructing proposals: premature approaches to sexuality; openness to dialogue in disciplines; group living experiences; and insertion in day-to-day realities of curricular activities of urogynecological physical therapy, making it possible to transform the initiation to learning process for this physical care.

Keywords: Higher education. Physical therapy. Learning. Urinary incontinence. Women's health.

1. INTRODUÇÃO

Na fisioterapia, a área relacionada com a assistência à mulher engloba abordagem nas situações de Incontinência Urinária (IU), sendo que o futuro profissional deve aprender a realizar o exame ginecológico fisioterápico durante a graduação. Portanto, no currículo de qualquer curso de formação em fisioterapia, que almeje a formação de profissionais generalistas, a complexidade da situação que abrange esta assistência e a sutileza necessária

para conduzi-la de maneira satisfatória e adequada são fatores determinantes para o desempenho futuro.

Autor correspondente

Kenya Schmidt Reibnitz

Centro de Ciências da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário - Trindade

Florianópolis (SC) – CEP: 88040-900

Fone: (48) 3721.9388

E-mail: kenyasrei@gmail.com

Artigo encaminhado 07/06/2011

Aceito para publicação em 10/09/2011

Sabe-se que a abordagem fisioterápica implica em envolvimento mais estreito do profissional com a “alma feminina”, pois as mulheres, comumente, não apresentam e/ou relatam apenas problemas físicos. A perda de urina também gera consequências emocionais e psicossociais, provocando constrangimento e levando, muitas vezes, à depressão e ao isolamento social. Higa; Lopes; et al¹ revelam que a qualidade de vida da mulher incontinente fica comprometida em várias esferas e sugerem que profissionais de saúde incentivem as mulheres a compartilharem suas experiências de vida. Em face disto, os profissionais devem estar bem preparados, no sentido de abarcar todas as dimensões aí envolvidas.

O processo que envolve a aprendizagem da assistência à mulher e, mais especificamente, do exame clínico ginecológico, há algum tempo vem inquietando profissionais e professores da área da saúde, em particular, os da medicina, notadamente pela natureza íntima e pelos mecanismos emocionais envolvidos na aquisição de competências para a realização deste procedimento. Tais sentimentos geram desconforto para as mulheres, para os estudantes e também para os facilitadores da aprendizagem²⁻⁵. Além disso, este processo de ensinar e aprender pode abranger questões sobre a saúde sexual, acarretando em uma situação clínica potencialmente difícil e embaraçosa para os estudantes⁶.

Na vivência curricular, como docente de fisioterapia, percebe-se que o processo de iniciação para assistir a mulher com IU é fundamental no desenvolvimento das habilidades e competências necessárias para realizar esta abordagem multifacetada.

No curso de graduação em fisioterapia de uma universidade catarinense, a formação profissional na área uroginecológica, onde a assistência à mulher com IU está inserida, envolve atividades realizadas no sexto e sétimo períodos. Embora dificuldades apareçam em todo percurso, é no sexto período que começam a ser percebidas, pois é quando os acadêmicos principiam o processo de aprendizagem nesta área, ao cursarem a Disciplina Fisioterapia Uroginecológica.

Os acadêmicos aprendem a entrar em contato com as mulheres com IU, mediante a participação em aulas teóricas e práticas, ministradas pela docente da disciplina. Nas aulas teóricas são utilizadas estratégias expositivo-dialogadas. As práticas são realizadas primeiramente em laboratórios, com moldes em silicone de pelvis femininas e, posteriormente, os

acadêmicos iniciam a prática assistencial às mulheres portadoras de IU na Clínica de Fisioterapia, em duplas ou trios, sempre acompanhados de perto pela docente.

Como supervisora de estágio do sétimo período, onde os acadêmicos desenvolvem assistência direta e individual às mulheres portadoras de IU, a pesquisadora vinha observando que os mesmos expressavam dificuldades de diversas ordens, ao abordarem essas mulheres. Ao aprofundar essa inquietação, aventou-se que o problema poderia se originar ainda no período anterior, ou seja, na vivência curricular do sexto período, quando entram em contato pela primeira vez com a realidade da fisioterapia uroginecológica.

Naquele momento inicial de aprendizagem da assistência à mulher com IU, os acadêmicos relatavam que sentiam medo, insegurança, angústia, ansiedade e constrangimento. Ao contatar as mulheres, acompanhados da docente, não emitiam opiniões e não questionavam, permanecendo distantes e, de certa forma, sugerindo sentirem-se acuados e desconfortáveis.

O problema da iniciação no processo de aprendizagem há algum tempo tem sido estudado na área da saúde. Valsecchi e Nogueira⁷ identificaram que a inserção do aluno de enfermagem na prática gera tensões, desencadeando alguns aspectos negativos. Zani e Nogueira⁸ também levantaram fatores que interferem no processo ensino-aprendizagem de acadêmicos de enfermagem e recomendaram que o professor precisa incentivar mudanças comportamentais, respeitando a experiência de vida do aluno.

No caso da fisioterapia, percebem-se lacunas quanto ao desenvolvimento de conhecimentos na área uroginecológica, e ainda, de modo mais contundente, há vazios de saberes relacionados com o processo de formação profissional, particularmente com o aprendizado da assistência à mulher com IU⁹⁻¹¹.

Diante disso, os objetivos desta pesquisa foram: 1) compreender as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de fisioterapia na iniciação da aprendizagem para assistir a mulher com incontinência urinária; 2) construir estratégias conjuntas com os acadêmicos de fisioterapia para a superação das dificuldades apresentadas.

2. CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa do tipo convergente-assistencial (PCA), que proporciona convergência entre a investigação e a prática assistencial e/ou educativa, possibilitando a resolução de problemas cotidianos dos profissionais da saúde¹². Este método está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado, o que requer empenho dos profissionais em incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais e/ou educativas, unindo o saber-pensar ao saber-fazer. A PCA tem como uma de suas principais características, a participação da clientela e/ou dos alunos – a depender da situação-problema recortada da realidade social – como sujeitos da pesquisa. Esta peculiaridade a insere, pois, como um tipo de pesquisa-ação.

Os sujeitos da PCA foram os acadêmicos de um curso de graduação em fisioterapia de uma universidade catarinense, privada. Estes acadêmicos estavam regularmente matriculados no sexto período curricular, durante o semestre 2009.2, na Disciplina Fisioterapia Uroginecológica. No primeiro dia letivo do semestre, os mesmos foram contatados pela pesquisadora, informados quanto aos objetivos do estudo e convidados a participar. A amostra foi constituída por 17 acadêmicos, representando o número total de matriculados, sendo 11 alunas e 6 alunos, com idade entre 20 e 36 anos. A pesquisadora, durante todo processo, acompanhou o trabalho da docente da disciplina, com aquiescência imediata da mesma.

A PCA foi desenvolvida em sala de aula, laboratório e clínica do curso de fisioterapia da instituição, após contato prévio e autorização formal da Direção do Centro e da Coordenação do Curso. A coleta de dados deu-se por meio de observações participantes e de oficinas, entre agosto e novembro de 2009.

As **observações participantes** foram realizadas pela pesquisadora, que assumiu uma posição de membro do grupo e, através da observação informal durante as aulas teóricas e práticas, desenvolvidas pela docente da disciplina, e da vivência conjunta com os acadêmicos, procurou interferir minimamente no comportamento do grupo. Este tipo de observação permite captar uma variedade de nuances de situações sociais, que não poderiam ser obtidas facilmente por outros meios. Trata-se de uma técnica "(...) construída pelo pesquisador e pelos atores sociais envolvidos"¹³, sendo que, através dela, "(...) se chega ao conhecimento da vida do grupo, a partir do interior dele mesmo"¹⁴. São estes movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da

prática educativa que, segundo Trentini e Paim¹², caracterizam a PCA.

Quanto às 4 **oficinas**, realizadas com base na Pedagogia Libertadora¹⁵, as mesmas ocorreram em salas da Clínica de Fisioterapia, com participação de 2 a 5 acadêmicos em cada encontro, totalizando 7 participantes. Destes, um participou de três oficinas, três participaram de duas oficinas e três acadêmicos participaram de uma oficina. Os encontros duraram, em média, 1 hora e 30 minutos, sendo que a escolha dos dias foi realizada em conjunto com os sujeitos, em horários que não interferissem nas atividades acadêmicas.

As oficinas foram compostas por 4 fases e adaptadas segundo a proposta de Basso e Monticelli¹⁶, sendo que a 1ª fase englobou acolhimento, preparação do ambiente e estímulo à consciência corporal, alongamentos e relaxamento; a 2ª fase constou de dinâmicas em grupo, estimulando a desinibição; a 3ª fase representou o momento de discussão e reflexão sobre o tema da oficina, levantado pela pesquisadora mediante sua experiência prévia no processo ensino-aprendizagem desta área, através de 5 etapas: a) relato da percepção da realidade a respeito do tema sugerido; b) eleição dos problemas encontrados e seleção dos principais a serem discutidos; c) sugestões de soluções para esses problemas; d) discussão sobre a maneira de colocar em prática as soluções encontradas; e) análise do foco da discussão, associado à assistência fisioterapêutica da mulher com IU; a 4ª fase foi o encerramento da oficina.

Os registros das observações e das oficinas foram feitos por meio de gravações em equipamento digital, com posterior transcrição, e anotações em diário de campo, das informações relacionadas aos aspectos teórico-metodológicos envolvidos, bem como registro das sensações, percepções e das expressões não-verbais associadas às expressões verbalizadas em todo o processo investigativo.

A análise dos dados coletados deu-se através do *corpus* dos depoimentos e das observações e buscou-se aproximação com o referencial da Pedagogia Libertadora. Esta tarefa compreendeu as etapas propostas pela PCA e na primeira, denominada apreensão, após coleta e organização dos dados, os mesmos foram codificados através da identificação de palavras-chave, mediante leituras e releituras das informações obtidas e, a partir dessa codificação, foi possível estabelecer as categorias dos resultados. Na segunda etapa, ocorreram os processos de síntese, teorização e transferência, com a completa imersão

nos dados, obtendo familiaridade e aprofundamento nas informações trabalhadas na primeira etapa, que possibilitaram a interpretação à luz da Pedagogia Libertadora e, finalizando esta etapa analítica, procurou-se desvendar os significados dos resultados, com a intenção de elaborar as conclusões do estudo e socializar os achados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade onde foi realizada a pesquisa, sob protocolo nº 273/09.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram analisados a partir das 4 categorias que emergiram dos dados brutos e incorporam as dificuldades encontradas e as estratégias de superação.

3.1 Dificuldades em lidar com a própria sexualidade

Em relação ao modo como lidam com a própria sexualidade, houve diferença entre os sexos, pois enquanto as acadêmicas demonstraram ter constrangimento e vergonha em relação ao próprio corpo, fato que iniciou na adolescência e persiste até o momento, os acadêmicos não relataram esta dificuldade. A vergonha delas estaria relacionada, principalmente, com a exposição de parte íntima do corpo, o que tornou-se evidente ao relatarem como se sentem ao realizar consulta com médico(a) ginecologista, a despeito da necessidade de submeterem-se ao exame ginecológico periodicamente.

Acadêmico H: “é, eu sempre fui acostumado a jogar futebol. Não existia um chuveiro pra cada um, era único. Ficava dez junto ali debaixo (...) sem problemas de ficar ‘pelado’ na frente do outro”.

Em outro momento, a acadêmica M diz: “não é (vergonha) do corpo, é de mostrar uma parte íntima! Eu vou (ao ginecologista) por obrigação (...) porque eu fico nervosa o dia todo! (...) e olha que ele me deixa bem à vontade (...) mas fico nervosa, tensa! Não sei porque (...) ainda tem a posição (para realizar o exame ginecológico), tem tudo! Sei lá, tenho vergonha”.

Quanto ao constrangimento em submeter-se ou ao realizar o exame ginecológico, estudantes de medicina também referiram este sentimento, tanto ao simular exame ginecológico em colegas, quanto ao ser submetido à simulação, principalmente em relação à posição ginecológica que causou a sensação desconfortável de sentirem-se muito ‘expostos’².

Acadêmicos e acadêmicas comentam que a questão da sexualidade não é abordada durante o curso e que, desta forma, não se sentem preparados para lidar com suas próprias dúvidas e limitações.

Acadêmica T: “olha, uma coisa são as conversas (...) mas dentro da sala não tem isso não”. O acadêmico H complementa: “o fortalecimento dessa parte de sexualidade não se aborda. Não é falado nada”.

Em outro momento, a acadêmica G fala: “quando entramos na faculdade, não sabemos se ainda somos adolescentes ou adultos, não sabemos como nos comportar (...)”.

A perspectiva dos acadêmicos está associada ao pensamento freireano de que “mudar é difícil, mas é possível”¹⁷, para mostrar que o educando se torna realmente educando quando e na medida em que conhece ou vai conhecendo sua realidade. Os seres humanos, ao refletirem sobre si e o mundo, aumentam seu campo de percepção e se “percebem”¹⁸.

De modo geral os acadêmicos mostraram não conhecer o próprio corpo e demonstraram vergonha quando convidados a realizar este autoconhecimento. Frente à proposta da professora, realizada durante uma das primeiras aulas teóricas, de treinar o exame ginecológico ou do períneo em si mesmos, as acadêmicas não realizaram o exame e não conseguiram justificar a razão desta conduta.

Acadêmica G: “eu não fiz! Não sei, acho que é porque queríamos primeiro ver a professora fazer (o exame em uma paciente). Sei lá, faltou coragem [Risos]”. Acadêmica M continua: “não sei explicar”!

A outra proposta feita pela professora, de realizar o treinamento do exame ginecológico ou do períneo em pessoas conhecidas (familiares, amigos ou namoradas/namorados) também não foi aceita. As acadêmicas justificaram que não fariam, pois acreditavam que as outras pessoas ficariam constrangidas.

Acadêmica G: “acho melhor não conhecer a pessoa e fazer (o exame vaginal) (...) do que conhecer e ter que fazer (...) aí tu já conhece aquela pessoa e fica aquela dúvida: será? Não sei, não sei nem explicar, eu não faria”. O acadêmico H segue: “eu acho assim, é uma região (...) é (...) íntima da pessoa, querendo ou não. Se você a conhece, tu vai ter

algum respeito por ela e aí tu fica mais trancado, tu não consegue desrespeitar essa pessoa”.

Mais adiante, a acadêmica G diz: “a gente até tem intimidade com as amigas, de tomar banho ou de trocar a roupa, sem problemas (...)”. E a acadêmica M complementa: “mas aí, até o ponto de fazer o exame nelas (...) acho que iam ficar envergonhadas (...)”.

Sentimentos como embaraço, ansiedade, medo de machucar e falta de confiança, associados à visão de que ‘mulheres não gostam de exames ginecológicos’, são esperados em estudantes inexperientes e, muitas vezes, são usados como justificativa para os mesmos não realizá-los⁵.

Para superar estas dificuldades, propuseram algumas estratégias. A primeira refere-se a ter amor-próprio, aprendendo a gostar do próprio corpo e a valorizar-se, aceitando suas qualidades ou defeitos. É imprescindível descobrir-se como pessoa e ir ao encontro de si mesmo. Segundo os preceitos da Pedagogia Libertadora, isto significa descobrir-se uma presença importante no mundo, “(...) presença que se pensa a si mesma, que se sabe presença, que intervém, que transforma, que fala do que faz e também do que sonha”¹⁹.

Acadêmica A: “temos que dizer: eu gosto do meu nariz, das minhas mãos, gosto do meu corpo”!

Acadêmico H: “é isso aí. Mesmo sem gostar de tudo, é o meu corpo”!!

Percebeu-se que nem todos desejavam manifestar-se sobre isso; situação respeitada pelo grupo e pela pesquisadora, pois um princípio importante da prática dialógica é que a mesma não exige que todos devam dizer alguma coisa, pois no diálogo verdadeiro, tem-se o direito de permanecer em silêncio²⁰. Essa também é uma forma de comunicação.

A segunda estratégia sugerida foi permitir-se novas experiências acadêmicas, buscando a desinibição, principalmente em relação ao fato de ter que se submeter ao exame ginecológico ou ter que realizá-lo, almejando, deste modo, o crescimento, como pessoa e futuro profissional.

Acadêmica N: “aprender a lidar com a sexualidade é algo evolutivo. À medida que vamos vivenciando diferentes experiências, vamos aprendendo a lidar (...) amadurecendo”. Acadêmica A complementa: “cada um precisa achar uma maneira de se livrar desses tabus, começar a se conhecer e se permitir (...)”.

A terceira estratégia diz respeito a conversar mais em grupo sobre sexualidade. Acreditam que o incentivo à reflexão deva ser iniciado o mais precocemente possível e, de preferência, no primeiro período do curso. Assim, gradativamente, teriam melhores chances de familiarizarem-se com a discussão coletiva e se fortalecerem emocionalmente para a superação dos sentimentos adversos.

Acadêmico P: “essa forma desta pesquisa, com estes encontros, a própria conversa com os colegas, facilita muito superar estas dificuldades. Estas conversações sobre sexualidade deveriam ser estimuladas desde o primeiro período”. Acadêmica M prossegue: “essas oficinas facilitam a discussão de assuntos mais delicados e ajudam a desinibir”.

Outra estratégia apontada foi participar de atividades preparatórias para a fisioterapia uroginecológica em disciplinas anteriores ao sexto período do curso, como por exemplo, na disciplina Ética e Cidadania. Além disso, deve haver uma aproximação progressiva sobre o contexto geral da assistência à mulher com IU em disciplinas cujos conteúdos abordem Antropologia, Deontologia e Psicologia. Este fator pode ser fundamental na aceitação, ou mesmo na criação de propostas e de métodos para treinamento do exame ginecológico.

Acadêmica G: “(...) dá pra perceber que se tivesse uma espécie de introdução da urogineco (fisioterapia uroginecológica), facilitaria. Por exemplo, a gente podia falar sobre como abordar o assunto da sexualidade com as mulheres na Antropologia, Deontologia, Psicologia (...) antes do quinto e sexto períodos”.

Segundo Marin; Lima; et al²¹, estudantes devem ser capazes de participar ativamente da aprendizagem, propondo questionamentos relevantes para o contexto e buscando soluções, que surgem de forma democrática quando discussões em grupo são estimuladas.

O exercício do pensamento crítico permitiu que os sujeitos da pesquisa visualizassem seus problemas em relação a lidar com a própria sexualidade durante o processo vivido. O que antes das oficinas era apenas sentido, de forma vaga e distante, passou a ser compreendido e refletido. Ao apresentarem estas estratégias, assinalam que a união do grupo, através das discussões, promove suas transformações em

sujeitos ativos, críticos e fortalecidos na superação do constrangimento em relação ao próprio corpo, assim como a ultrapassarem tabus.

3.2 Constrangimentos em compartilhar a intimidade com os colegas

A proposta pedagógica de treinamento do exame ginecológico entre os colegas levou à exteriorização de sentimentos de acanhamento, principalmente em relação à exposição corporal. A inibição e a timidez tornaram-se mais evidentes entre as acadêmicas. Os acadêmicos relataram que não teriam problemas em expor o próprio corpo ou em deparar-se com a intimidade da colega, embora estes saibam de antemão que elas não concordariam com o exercício.

Acadêmica T: “acho que eu teria vergonha de alguém da turma fazer em mim, sabe? Como a A e o H falaram (...) eu não me exponho”. Acadêmica A reflete e diz: “eu teria vergonha de fazer (o exame) numa amiga minha ou se alguma delas fizesse em mim (...)”.

Em outro momento, o acadêmico H fala: “não tem como (realizar nos colegas)! Imagina fazer esse exame numa aula prática com colegas (...) mulher sempre acha que o homem quer se aproveitar, né?”

Dificuldades quanto à exposição na frente de colegas também foram relatadas no estudo de Brêtas; Ohara; et al²², pois alguns estudantes de enfermagem não concordaram com a proposta de atividades voltadas à orientação da sexualidade, por sentirem-se expostos ao freqüentar um curso desta natureza na universidade.

O constrangimento em verbalizar questões íntimas na frente dos colegas também apareceu nos depoimentos. Os acadêmicos e acadêmicas mostraram o quanto era difícil participar de atividades em grupo, quando a sexualidade estava em debate.

Acadêmica A: “é, com certeza, se tivesse mais gente eu não falaria o que eu falei (...) (referindo-se ao pequeno número de colegas presentes no encontro)”.

Acadêmico H: “eu também não!”

Mais adiante o acadêmico P complementa: “(...) nos primeiros encontros, quando a gente (rapazes) tava lá fora, esperando a hora de começar, eu via que umas meninas saíam de ‘mansinho’ e iam embora (...) acho que elas ficavam com vergonha de falar disso na nossa frente. Às vezes, quando ficavam, acabavam falando quase nada (...) entravam mudas e saíam caladas!”

Uma tentativa de minimizar o desconforto de estudantes de medicina em compartilhar questões sobre a sexualidade e em aprender o exame ginecológico foi realizada no estudo de Aragão; Silveira; et al², sendo que os alunos trocaram de papéis com as alunas, através da simulação do exame ginecológico, onde o aluno representava a mulher a ser examinada e a aluna realizava o exame. Esta experiência estimulou o compartilhamento de questões íntimas entre colegas de sexos opostos.

De acordo com Pereira²³, apesar das dificuldades e constrangimentos sofridos por alunos de enfermagem ao vivenciarem questões de sexualidade durante o curso, percebeu-se que ninguém falava abertamente sobre isso com colegas e tampouco com o docente. Os momentos difíceis eram vivenciados quase que solitariamente.

Neste estudo, apesar da vergonha em compartilhar a intimidade com colegas, os participantes verbalizaram que poderiam ultrapassar tal sentimento, “simplesmente” encarando o debate em torno do tema, no ambiente universitário, promovendo “círculo de amigos”.

Acadêmica M: “eu sei que isso tem que partir da gente, não adianta esperar que alguém vá resolver o problema da minha timidez (...) é nosso interesse começar a falar com os colegas sobre esses assuntos, afinal, todos praticamente sentem as mesmas dificuldades (...) um pode ajudar o outro. E depois a gente vai precisar disso, quando tiver com as pacientes”. O acadêmico P acrescenta: “acho que isso devia começar no centro acadêmico do curso (...) não é pra isso que ele existe?”

Para ocorrer a verdadeira transformação, como experimentado pelos sujeitos da pesquisa, é preciso o entendimento de que a percepção crítica do problema não basta para mudá-lo. Não basta perceber o que está causando o problema para resolvê-lo. É necessário agir, fazer alguma coisa concreta¹⁸.

Outra estratégia de superação é compartilhar experiências e sentimentos nas vivências em grupo, ou seja, transpor a barreira do medo de expor-se, dividindo situações vividas, falando, ouvindo, discutindo e buscando o envolvimento do grupo. As oportunidades para estas vivências em grupo devem ser criadas e os sujeitos, reais interessados neste processo, precisam negociar espaços, tanto em disciplinas, quanto em atividades extracurriculares.

Acadêmico H: “eu vejo que isso que nós tamos discutindo pode realmente surtir efeito (...) podemos fazer a proposta pra coordenação, conseguir um horário por semana, ou quinzenal, um lugar pra se reunir e um professor pra ajudar (...)”. Continua a acadêmica A: “é mesmo, que nem essa dos papéis colados no bombom (uma dinâmica utilizada para a condução da oficina). Se for pra falar espontaneamente, eu sei que não sei nada, mas com uma ajudinha, a gente acaba conseguindo falar (...) e também pensar e achar maneiras de resolver os problemas”!

O fato de interessarem-se por discussões sobre sexualidade com amigos ou colegas e compartilharem experiências e sentimentos nas vivências em grupo, conduzidos por um docente facilitador, pode resultar em sujeitos mais conhecedores de suas realidades e mais dispostos à trocas e debates, tornando-os mais partícipes, inclusive, na solução dos problemas que são coletivos.

3.3 Dificuldades quanto aos aspectos interacionais com as mulheres com IU

Os participantes revelaram, tanto nos depoimentos, quanto nas observações, dificuldades em relação à interação com as mulheres assistidas nas aulas práticas, notadamente quanto à comunicação e ao vínculo. Quando não havia entendimento entre os envolvidos, mesmo quando uma linguagem acessível era adotada ou, às vezes, quando as mulheres se expressavam através do modo característico do local em que viviam, a formação do vínculo ficava prejudicada.

Acadêmica N: “a maior dificuldade (...) é em relação às mulheres entenderem o que tu tá querendo fazer, o que tu tá querendo perguntar (...) o modo de chegar e perguntar isso, abordar, porque muitas vezes elas não entendem, nem sabem porque tão fazendo aquilo ou pra quê. Acho que isso dificulta um pouco o andamento (...) criar um vínculo. Tem também tem o nível de escolaridade [...]”.

Em outro encontro, a acadêmica G pondera: “professora, e a nossa paciente? (...) para nós duas a avaliação foi horrível!! (...) nossa paciente tem um sotaque carregado. Além disso, fala muito rápido (...) eu fui ficando muito nervosa, não entendia nada do que ela falava e também não consegui fazer perguntas, pois ela não deixava espaço pra nós (...)”.

O constrangimento das mulheres assistidas também pode dificultar a comunicação e o vínculo. Segundo Higa; Lopes; et al¹, as mulheres mais idosas tendem a sentir mais vergonha em compartilhar seus problemas de perda urinária com os profissionais de saúde, além disso, a forma de comunicação é importante para estabelecer o vínculo e a empatia.

Para Rees; Sheard; et al⁴, estudantes de medicina preferem aprender habilidades de comunicação através da prática com pacientes reais, após terem sido submetidos ao treinamento desta habilidade com pacientes simulados e reais, ademais, consideram que leituras e seminários não são suficientes para esta aprendizagem.

Barreiras culturais também causaram dificuldades na interação entre acadêmicos e mulheres com IU, provavelmente em decorrência de diferentes experiências de vida, crenças e valores, de modo particular em relação à hábitos de higiene e, em alguns casos, pela questão da idade, principalmente quando acadêmicos assistiam mulheres muito jovens ou muito idosas.

Acadêmico H: “eu me sinto um pouco (...) não é constrangido, eu não me sinto bem com a idade dos pacientes, parece uma questão de respeito”. Acadêmica M contribui: “(...) não sabe o que que te espera. (...) na hora a gente ficou meio assim, tipo, que a nossa paciente aquele dia não tava (...) [Risos] em condições de higiene, assim, melhores, tava beeeem feia, assim na hora, sabe”? Acadêmico H retruca: “infelizmente, pode ser da cultura dela não tomar banho, tu não sabe qual é o costume dela! (...) não teria como mandar ela embora, né”? Acadêmica M argumenta: “se tivesse demais (o mau cheiro) (...) acho que eu iria fazer outra coisa, conversar e pra próxima (sessão), tentar vir melhor (...)”.

Mais adiante, o acadêmico E comenta: “e quando ela chega e diz ‘Ah, a minha vizinha já teve um problema assim e fez isso e passou’. Ela acaba seguindo a receita da vizinha, de uma amiga, é um fator que complica (...) é um impedimento pro tratamento”.

A identidade cultural, tanto dos acadêmicos, quanto das mulheres assistidas, inerente ao ser humano, deve ser respeitada, acima de tudo. A experiência histórica, política, cultural e social dos homens e mulheres, quando entrelaçadas de maneira solidária e respeitosa, permitem a construção de uma sociedade mais justa e, com esta finalidade, devemos buscar a prática do ‘pensar certo’, que pressupõe disponibilidade ao risco, aceitação do novo e rejeição da discriminação¹⁹.

Outra dificuldade percebida foi abordar a mulher portadora de IU como ser integral, pois os acadêmicos verbalizaram que o direcionamento do curso para a proposta de integralidade permanece na “esfera teórica”. Ao mesmo tempo em que concordavam com a importância de conhecer o contexto social da mulher, também demonstravam dúvidas quanto à maneira de realizar esta abordagem integral, relatando achar ‘complicado’ prestar a assistência e dar atenção à mulher como um todo.

Acadêmica A: “(...) falando do contexto de saúde, que é um todo, e não partes, eu pergunto: como é na faculdade? Porque nós estudamos muito os conceitos assim, daí (...) como vai ser abordado? (...) Daí, ele (professor do curso) pegou o microfone e: (...) ‘Na faculdade vocês aprendem a ver o paciente como um todo’ (...) isso é mentira! Qual é a primeira coisa que dizemos? Perguntamos pra paciente: ‘qual é sua queixa principal’?”
Acadêmica T acrescenta: “é, daí só foca no problema, na dor que a pessoa tá sentindo (...)”.
Acadêmica A opina: “não tem foco em saúde, todo mundo fala de doença. Daí a fisio o que que é? Tu não vai fazer (tratamento) no corpo todo, tu vai fazer onde tá machucado, onde tá o problema. E ele (professor do curso) disse que a gente aprende a fazer como um todo, que o paciente é como um todo, mas não é (...)”.

Na concepção da Pedagogia Libertadora, teoria e prática se complementam, enquanto a teoria pode ser entendida como a reflexão, a prática se expressa pela ação a partir da realidade. Esta relação de teoria e prática se traduz na reflexão teórica, gerando uma atitude, a ação-reflexão-ação transformadora¹⁵. Deste modo, percorrer este caminho requer conhecimento da realidade, análise e reflexão sobre a mesma, culminando na transformação através da prática.

Ao aprofundarem a reflexão sobre aspectos interacionais, referiram que lidar com queixas sexuais é algo complexo e difícil. Muitas mulheres com IU relatavam dispareunia e anorgasmia, associadas à perda urinária, e os acadêmicos tiveram dificuldades em abordar e enfrentar esta situação.

Acadêmica G: “(...) a gente tem mais senhoras aqui. Como chegar e abordar sobre sexo, como que tá, se ainda faz, se não faz, sobre relações sexuais? (...) até o entendimento delas (...) e às vezes elas vão falar e não é aquilo que tá acontecendo. É, foi muito constrangedor (...)”. Acadêmica N diz: “(...) difícil nos primeiros atendimentos, é claro!”
Em outro momento, a acadêmica T expõe: “não, ele (marido) não reclamava, mas (...) pra ele era ruim aquilo, né? Aí tá, eles saiam pra caminhar e

ele dizia: ‘vamo, vamo’ (...) e já tinha vazado xixi e ela tinha vergonha (...)”.

Abordar a mulher com problemas relacionados à sexualidade é um sério problema para estes futuros fisioterapeutas, assim como é para outros aprendizes profissionais. Acadêmicos de enfermagem também são imbuídos de estranheza e embaraço, pois retratam o não saber lidar com questões que envolvem tocar um corpo em sua intimidade, sobretudo quando comparam o aprendizado com bonecos, em laboratórios, com a pessoa que recebe a assistência, que tem vida e sexualidade, com um corpo que exala calor e odores²³. Da mesma forma, o estudo de Henderson e Johnson⁶ aponta que o desenvolvimento de habilidades e atitudes em estudantes de medicina, ao conduzir conversas potencialmente embaraçosas à respeito da saúde sexual, exige extrema sensibilidade, tanto dos discentes, quanto dos docentes envolvidos no processo de aprendizagem.

Diante desta problemática, as estratégias de superação indicam que priorizar informalidade e planejamento prévio auxiliam no enfrentamento das dificuldades de comunicação e de formação do vínculo, através da utilização de conversa descontraída no primeiro atendimento, de planos alternativos para situações inesperadas, do atendimento individual e do remanejamento ou encaminhamento da mulher para outro serviço.

Acadêmica A: “ah, acho que conversando, já vai quebrando preconceitos, sabe? Conversar sem aquela formalidade, a pessoa se solta mais”.
Acadêmico S complementa: “pra mim, o acadêmico deveria ter mais autonomia pra encaminhar pacientes (...) no caso de não formar vínculo, a paciente pode ser remanejada pra outro colega ou encaminhada pra outro serviço da cidade”. Acadêmica G retruca: “olha, eu já acho que (...) tinha que dar alta (...) vaga pra alguém que valorize o que tá recebendo!” Acadêmica T opina: “(...) os atendimentos em dupla não ajudam nessa formação do vínculo. Tinham que ser individuais, aí a gente tem mais contato e acaba tendo mais segurança”.

Outra estratégia aponta no sentido de priorizar o diálogo, aceitando e respeitando a mulher assistida no seu modo de ser.

Acadêmica M: “o acadêmico deve deixar de lado suas crenças, seus tabus durante o contato com as mulheres, pra aceitá-las com suas características, com seu modo diferente de ser (...)”. Acadêmico P contribui: “acho que a gente tem que aprender a

respeitar a mulher nas suas opiniões e atitudes”. Acadêmica A acrescenta: “pra mim, o diálogo com a mulher é importante pra ela compreender o que tá sendo feito, aceitar e aderir ao tratamento”.

O diálogo entre terapeuta e mulher com IU não os torna iguais, mas marca a posição democrática entre ambos. Os sujeitos dialógicos conservam sua identidade, a defendem, e crescem um com o outro¹⁸.

Outra estratégia sugerida é focar no essencial, pois enquanto aprendizes, entendem que é impossível contemplar todos os aspectos da mulher assistida, embora reconheçam a importância de abordar integralmente esta mulher, para o bom resultado da assistência prestada.

Acadêmica N: “a gente tava discutindo que, assim, realmente temos que saber o que ela tem, o que ela é, quem ela é! O meio que vive, não que a gente vai tratar aquilo tudo! É só pra conhecer (...) a gente vai tratar o que é mais importante (...) então assim, é mais pra gente ter noção de quem é aquela pessoa, conhecer ela como um todo, não que a gente vai tratar tudo dela”.

A última estratégia para enfrentar as dificuldades interacionais é alicerçar a relação na confiança mútua, demonstrando respeito e assegurando o sigilo das informações de natureza íntima, colocando-se à disposição e, também, relatando suas próprias experiências pessoais, que muitas vezes não diferem das relatadas pelas mulheres.

Acadêmica G: “pra mim é importante trabalhar nosso próprio psicológico, se preparar para ouvir coisas cabeludas e tentar ajudar. Quem sabe até encaminhando a mulher pra psicologia (...)”. Acadêmica M enfatiza: “é (...) e tem muita coisa que elas sentem, que nós também sentimos, a vergonha, o constrangimento (...) se a gente falar abertamente sobre isso, com certeza elas vão ter mais confiança”!

A interpretação ativa dos sujeitos da pesquisa levou-os a compreenderem-se enquanto sujeitos e objetos da história, mulheres e homens, virando seres da inserção no mundo. Os mesmos encontraram na informalidade, nas ações alternativas, no diálogo, na focalização do essencial e na confiança mútua os modos de superar dificuldades de comunicação e vínculo, de barreiras culturais, de abordar integralmente a mulher com IU e de lidar com a dimensão sexual feminina, durante a assistência.

3.4 Dificuldades quanto à organização da Disciplina Fisioterapia Uroginecológica

A concepção dos sujeitos da pesquisa em relação à forma que a disciplina do sexto período está organizada, primeiramente direciona para o contexto geral da mesma, revelando que consideram o conteúdo ministrado extenso, aliado à necessidade de memorização, resultando na falta de tempo e espaço para o diálogo durante as aulas teóricas e práticas.

Acadêmica T: “mas é tanta matéria que a professora engata a primeira e vai parar só lá no final da aula”!

Em uma situação diferente, o acadêmico H diz: “eu vejo assim (...) que espaço pra diálogo não existe nas aulas teóricas, é tanto conteúdo, tanta coisa que a professora tem pra passar, que não dava tempo de conversar, discutir sobre aquilo que tava sendo falado”. Acadêmica T concorda e diz: “é, e também nas aulas práticas (...) nunca dava tempo da gente sentar e conversar com a professora sobre nossas dúvidas”.

As tendências pedagógicas vigentes ainda sofrem forte influência do método tradicional de ensino, que centraliza o foco nos conteúdos e no professor, em particular no cotidiano daqueles que se propõem a ser educadores na área da saúde. Soma-se a isto a concepção pedagógica tecnicista, com a valorização da tecnologia, sendo o professor um especialista na aplicação de manuais e/ou protocolos²¹. As aulas expositivas, com seus slides e excesso de conteúdos, são características da prática pedagógica tradicional²⁵.

Outra importante dificuldade quanto à organização da disciplina foi lidar com sentimentos negativos, advindos principalmente dos momentos teóricos, pois as características da uroginecologia são únicas e, ao se depararem com imagens, os acadêmicos apresentaram reações de espanto, pavor, incredulidade e, às vezes, repugnância. Outros sentimentos apresentados foram cansaço, falta de interesse e de disposição.

Observo, durante apresentação de imagens de prolapso genitais, em slides, que a professora diz: “esta paciente (...) olhem, percebam a posição da uretra (...)”. Neste momento, os acadêmicos vocalizam expressões de espanto e apreensão, demonstrando estar impressionados com as imagens. Conversam entre si.

Quando a professora inicia um novo tópico, acadêmicos comentam que estão cansados e com fome. Neste momento, 12:00 h, pedem para encerrar a aula (programada para terminar 13:00

h). Professora sugere breve intervalo e voltar para finalizar. (*Notas de observação*)

Enfrentar o novo, certamente, causa sensações desconfortantes, mas também desafiadoras, pois o desconhecido inspira medo, obstáculos estão presentes no nosso cotidiano, podendo tanto nos paralisar, quanto nos provocar. Freire instiga a perseverar e cultivar a paciência quando estamos dispostos a mudar, apesar das dificuldades encontradas²⁰.

Outro fator que surgiu nas discussões em relação à disciplina foi a dificuldade em vivenciar o primeiro contato com a mulher portadora de IU. Referiram que esta situação foi a que mais se destacou entre as dificuldades no processo de iniciação do aprendizado desta abordagem.

Acadêmica J: “pra mim, o mais difícil foi abordar, o primeiro contato [...] porque é uma área muito íntima, assim, da pessoa (...) tu é um acadêmico e tem que chegar (...) ter o primeiro contato. É difícil saber como perguntar as coisas que precisa. Essa parte de perguntar, de saber do problema, me deu uma ‘freada’, mas depois (...)”.

Em outra situação, a acadêmica G fala: “medo daquela reação dela, né? Será que ela (paciente) vai aceitar? Será que vai reagir bem?”

Estas dificuldades também foram relatadas por estudantes de medicina, ao estabelecerem o primeiro contato com pacientes de ambulatório de saúde da mulher, no estudo de Henderson e Johnson⁶. Estes autores propuseram um método de treinamento através de duplas, onde um aluno representava a paciente, e o outro, o profissional, e depois invertiam os papéis, simulando situações em diferentes cenários. Os participantes relataram que o método os auxiliou a aprender com os erros e a variar as estratégias, além de considerarem um ótimo método de aprendizagem para abordar e lidar com questões sexuais.

Quanto às propostas de superação, a primeira sugestão que os acadêmicos fazem é a readequação do curso e da disciplina, mediante experimentação do retorno do curso ao período integral, inserção do conteúdo da fisioterapia uroginecológica na disciplina do quinto período (Fisioterapia Obstétrica), alteração do dia e horário em que a disciplina é ministrada, pois pela natureza única e delicada do assunto, o último horário da semana (manhãs de sexta-feira) é inadequado. Também sugerem que as aulas teóricas sejam desenvolvidas de forma mais dinâmica, com a

participação ativa dos acadêmicos e que sejam criadas ‘Ligas Acadêmicas’, em horário extracurricular.

Acadêmica T: “acho que deveria ter havido lá no quinto (período), porque dependendo da situação, a gestante também pode ter (...)”. Acadêmica M acrescenta: “é, na verdade com gestantes já abordamos a incontinência, deveria acrescentar isso no conteúdo”. Acadêmico H ainda aponta: “aprendi as dúvidas que tinha da aula teórica aqui, nas oficinas (...) através da conversa, tranquilo. (...) coisas que talvez eu não tava na sala, ou que tava disperso, porque eu não gosto da aula teórica, de ficar (...). Então, talvez, o conteúdo da aula pode ser trabalhado do mesmo jeito que a gente tá trabalhando aqui, de uma forma mais dinâmica, e não lá a professora na sala, falando e falando (...)”.

As metodologias ativas, que enfatizam a descoberta, reflexão e experimentação, através da participação de todos os sujeitos da aprendizagem, apontam para novas possibilidades neste processo, provocando maior autonomia, como forma de enfrentamento da complexidade e da globalização. A criatividade e a capacidade de propor e aplicar soluções originais frente à adversidade se apresentam como condições necessárias aos futuros profissionais da saúde²¹.

A segunda estratégia de superação aponta para a inserção da realidade vivida no cotidiano das aulas, pela interpretação ou simulação de casos clínicos para introduzir-se no conteúdo, além da visualização de imagens em vídeos, demonstrando diversas situações que podem surgir no contato com as mulheres.

Acadêmica N: “acho que as aulas tinham que ser intercaladas com estudo de casos. Podia ser assim (...) dividir em grupos, cada grupo com um caso diferente, a apresentação podia ser teatro, um representa a paciente, outro o Acadêmico que tá atendendo (...) ou o professor e depois a turma toda discute as soluções encontradas. Poderia também usar vídeo”.

Mais adiante, o acadêmico H sugere: “não tem algum vídeo sobre isso?(...) seria interessante, não precisaria expor a pessoa, então ao mostrar o vídeo pra gente, daria pra aprender como fazer”.

Como exercício, sugeriram experimentar a sensação vivida por estas mulheres, realizando consulta com um fisioterapeuta especialista em uroginecologia e sendo avaliado pelo mesmo, antes do início da assistência nas aulas práticas.

Acadêmica N: “eu tenho uma sugestão (...) acho que seria bem legal (...) os Acadêmicos poderiam ser incentivados pela professora a consultar com um fisio uroginecológico antes de começarem as aulas práticas (...) aí, com certeza, vamos entender o que a paciente sente quando a gente estiver examinando ela”!

No diálogo, os acadêmicos encontraram o caminho para refletir e propor soluções coletivas às dificuldades enfrentadas, exerceram a curiosidade e a criticidade. Este exercício aguçou a imaginação e as emoções, surgindo a proposta de readequação do curso e da disciplina, da inserção da realidade vivida no cotidiano das aulas e da experimentação da sensação vivida pelas mulheres com IU como modo de superar as dificuldades do contexto da disciplina, da vivência do primeiro contato e os sentimentos negativos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sujeitos pesquisados revelam a magnitude da dificuldade em lidar com a sexualidade, tanto em relação a si próprios, quanto aos colegas ou às mulheres assistidas, o que condiz com a realidade do processo de aprendizagem para abordagem da mulher, na área da saúde.

Dificuldades em relação à interação com mulheres portadoras de IU também ficam evidentes, assim como, à organização da disciplina. A princípio, o convite para a reflexão destas dificuldades através das oficinas surtiu um misto de estranheza e descrença, mas no transcorrer do processo investigativo, foram percebendo e apreciando a sensação de liberdade advinda desta proposta, aliado ao sentimento de poder, no sentido de superar os obstáculos encontrados.

Os modos de superação foram propostos através da construção coletiva, entre sujeitos da pesquisa, valorizando a abordagem precoce do tema sexualidade no curso e incentivando a dialogicidade, de modo formal ou não, em diversos momentos e disciplinas do curso. Acreditam que esta proposta os capacita a desvencilhar-se do medo, da vergonha e do constrangimento, mediante a melhora da autoestima, do compartilhamento de experiências nas vivências em grupo, buscando inserir a realidade no cotidiano das aulas e experimentando a sensação vivida pelas mulheres com IU. Demonstram o quanto consideram importante a readequação do curso e da disciplina, no sentido que haja participação ativa dos acadêmicos neste processo.

Ao mesmo tempo em que vislumbram possibilidades de modificação da realidade da fisioterapia uroginecológica no curso, têm consciência da tarefa árdua exigida e da necessidade de cooperação de todos os atores envolvidos, ou seja, discentes, docentes, coordenadores e orientadores pedagógicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Higa R, Lopes MHB de M, Turato ER. Significados psicoculturais da incontinência urinária feminina: uma revisão. *Rev Latino-Am Enferm* 2008; 16(4):779-86.
2. Aragão JCS, Silveira CO da, Hungria M de M, et al. O uso da técnica de role-playing como sensibilização dos alunos de medicina para o exame ginecológico. *Rev Bras Educ Med* 2009; 33(1):80-3.
3. Tang TS, Skye EP. Who gets “kicked out” of the exam room? Factors associated with patients declining medical student participation. *Teach Learn Med* 2009; 21(1):1-7.
4. Fortier AM, Hahn PM, Trueman J, et al. The acceptance of medical students by women with gynaecology appointments. *JOGC* 2006; 28(6):526-30.
5. Wångren K, Pettersson G, Csemiczky GR, et al. Teaching medical students gynaecological examination using professional patients-evaluation of students’ skills and feelings. *Med Teach* 2005; 27(2):130-5.
6. Henderson P, Johnson MH. Assisting medical students to conduct empathic conversations with patients from a sexual medicine clinic. *Sex Transm Infect* 2002; 78(4):246-9.
7. Valsecchi EASS, Nogueira MS. Fundamentos de enfermagem: incidentes críticos relacionados à prestação de assistência em estágio supervisionado. *Rev Latino-Am Enferm* 2002; 10(6):819-24.
8. Zani AV, Nogueira, MS. Incidentes críticos do processo ensino-aprendizagem do curso de graduação em enfermagem, segundo a percepção de alunos e docentes. *Rev Latino-Am Enferm* 2006; 14(5):742-8.
9. Bonini-Rocha AC. De fisioterapeuta a professor: fisioterapeutas docentes e o ensino da ação fisioterapêutica. *Rev FisioBrasil* 2008; 12(89):29-33.
10. Suesada, E. A graduação em fisioterapia e a iniciação profissional: uma breve reflexão. *Rev FisioBrasil* 2008;12(89):23-6.
11. Teixeira LJ, Oliveira MA de C de. Estágios curriculares em fisioterapia. *Fisioter Bras* 2007;8(1):57-63.
12. Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
14. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.
15. Freire P. Educação como prática da liberdade. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.
16. Basso JF, Monticelli M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. *Rev Latino-Am Enferm* 2010; 18(3):390-7.
17. Freire P. Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000.
18. Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.
19. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

20. Freire P; Schor I. Medo e ousadia: o cotidiano do professor. 12. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.
21. Marin MJS, Lima EFG, Paviotti AB, et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Rev Bras Educ Med* 2010;34(1):13-20.
22. Brêtas JRS, Ohara CVS, Querino ID. Orientação sobre sexualidade para estudantes de enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2008;21(4):568-74.
23. Pereira AL. A sexualidade no cuidar: experiências conflitantes de discentes de enfermagem. *Rev de Pesq.: Cuidado é Fundamental Online* 2009;1(2):326-34.
24. Rees C, Sheard C, McPherson A. Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient Educ Couns* 2004; 54(1):119-21.
25. Teófilo TJS, Dias MS de A. Concepções de docentes e discentes acerca de metodologias de ensino-aprendizagem: análise do caso do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú em Sobral – Ceará. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2009; 13(30):137-51.