



AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA PARA ORIENTAÇÃO/PRESCRIÇÃO DE “PÍLULAS DO DIA SEGUINTE” POR EGRESSOS DE CURSOS DE MEDICINA DO CEARÁ

Maria Angelina da Silva Medeiros

Universidade de Fortaleza, masmedeiros@unifor.br

Cícera Geórgia Felix de Almeida

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

georgiafelixx@yachoo.com.br

Francisco das Chagas Medeiros

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

prof.fcmedeiros@ufc.br

Introdução

Recentes desenvolvimentos na educação médica refletem um grande movimento no sentido da educação baseada em competências (CARRACIO *et al.*, 2002; GOVAERTS, 2008). Documentos curriculares e programas de treinamento recheados de termos como competência, educação baseada em competência e avaliação estão se tornando a regra. Mas quem procura incompetência? Ao movimento para competência tem-se atrelado grande confusão sobre o significado do termo. Govaerts (2008) em seu texto intitulado: Competência educacional ou educação para competência profissional? (*Educational competencies or education for Professional competence?*) discute o que achamos prudente assumir como um significado de competência médica para nosso trabalho. Pacientes, médicos e a sociedade em geral redefinem a “qualidade do cuidar” levando a demandas crescentes sobre “competências” para oferecer “serviços relevantes” (DALL’ALBA and SANDBERG, 2006). Devemos acrescentar que competências são dependentes do contexto e sempre implicam em integração de conhecimentos, habilidades, julgamento e atitudes (GOVAERTS, 2008). Inte-



gração, outro verbete, indispensável ao ensino, especialmente médico no caso em questão.

Competências profissionais no campo da contraceção devem incluir atualização técnica, conhecimento cultural e científico direcionados para atender as necessidades reprodutivas e da saúde sexual em aconselhar, informar e comunicar adequadamente, participando do processo de tomada de decisões com relação aos métodos contraceptivos (MOURA e SILVA, 2005).

Os métodos de contraceção de emergência têm grande relevância, pois podem evitar gravidezes não planejadas que, conseqüentemente, serão interrompidas, visto que 25% dessas gestações terminarão em abortamento inseguro. Aproximadamente, 67 mil mulheres por ano vão a óbito por conta de abortos. Outra parte dessas gestações se completará, porém com a possibilidade de rejeição da criança, levando a graves repercussões individuais, familiares e sociais (DREZETT, 2008). Isto Justifica a inserção desta competência no currículo médico.

Baseando-se na orientação adequada para a “*não-tomada*” de duas ou mais pílulas na primeira semana de uso, a qual leva-nos a indicar o uso de contraceção de emergência; tomar uma pílula de sua cartela logo que lembrar; continuar o uso da cartela de seu anticoncepcional e associar preservativo ou abster-se de relações sexuais durante sete dias torna-se necessário avaliar conhecimentos e atitudes dos egressos de cursos de medicina no que se refere à orientação das pacientes quanto ao uso correto de anticoncepcionais oral e sobre como as pacientes devem agir diante do risco de uma gravidez não programada pelo uso inadequado de pílula anticoncepcional.

Propõe-se a avaliar candidatos à prova de admissão à Residência Médica de Ginecologia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza em relação a tal orientação, através de consultas com paciente-padronizadas.



Métodos

Trata-se de uma experiência onde se avaliou a competência contraceptiva de emergência entre egressos de medicina. As consultas, simuladas (Exame clínico objetivo e estruturado – OSCE) foram utilizadas para este fim desde que tem se tornado um formato rotineiro para testar a competência nas avaliações de estudantes de medicina (Harden and Gleeson, 1979; Newble, 1988). Foram gravadas em áudio (MP3), ouvidas, transcritas e analisadas. Para a análise seguiu-se dois parâmetros: a) o da habilidade de comunicação verbal: a relação médico-paciente, por meio de frases selecionadas e divididas em recomendáveis e não recomendáveis e b) através da habilidade técnica: orientações médicas dadas à paciente-padronizada. Utilizando-se como parâmetro objetivo a receita médica que foi classificada, analisada e distribuída em dois grupos: orientações adequadas, aquelas que continham prescrição de contracepção de emergência e orientações inadequadas, as que não continham. Os dados foram descritos em porcentagens das orientações e expressos em tabelas. Sujeitos foram 99 recém-egressos de Faculdades de Medicina, a grande maioria do Ceará que se submeteram a prova de admissão a Residência Médica de Ginecologia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, em 2007. O cenário foi um caso clínico onde uma mulher 21 anos, saudável, estava na 1ª semana de uso de seu anticoncepcional, esqueceu-se de tomar duas pílulas de seu contraceptivo oral combinado, a 6ª (sexta) e a 7ª (sétima) pílulas da cartela, teve relação sexual desprotegida no período de esquecimento e não deseja engravidar. O “*Script*” para o caso clínico foi realizado como treinamento de paciente-padronizadas. Alguns questionamentos que as atrizes deveriam estar preparadas para



realizar foram sugeridos por elas próprias enquanto mulheres se sujeitas a esta situação e da *web* através das populares *F. A. Q.* (*frequently asked questions*).

Resultados e Discussão

A prescrição racional para a não tomada de duas pílulas de 20 μg na primeira semana de uso com ocorrência de relação sexual desprotegida neste período consiste em tomar uma das pílulas esquecidas, fazer uso de contracepção de emergência, continuar a tomar as pílulas até o final da cartela e associar um método de barreira ou abster-se de relações sexuais por sete dias (WEBBERLEY and MANN, 2006).

Analisados os 99 candidatos, obteve-se que 59 (59,6%) demonstraram orientações adequadas e 40 (40,40%) realizaram orientações inadequadas. Das orientações adequadas, fizeram prescrição racional para o caso 26 candidatos (44,07%), atendendo à queixa principal da cliente quanto ao esquecimento de pílulas e ao seu desejo de não engravidar e 33 candidatos (55,93%) fizeram subprescrição as quais não esclareceram aspectos importantes que poderiam gerar dúvidas à cliente (Quadro 1), tais como o que fazer com a pílula esquecida? O que fazer com o restante da cartela? Ao tomar a pílula do dia seguinte, haverá proteção nas próximas relações sexuais? Por quanto tempo é necessário o uso de preservativo?

Estima-se que mais de 10 milhões de brasileiras estejam expostas à gravidez indesejada, tendo como causa o uso inadequado dos métodos contraceptivos, falta de conhecimento e acesso aos mesmos (FEBRASGO, 1997). Isso significa que uma boa parcela destas mulheres sofre



em decorrência de comunicação inadequada quanto a informações sobre os métodos, tendo os médicos uma parcela de responsabilidade sobre isso. O uso inadequado do anticoncepcional oral e dos métodos de emergência, que incluem contraceptivos orais combinados, contraceptivos orais de progestágeno somente e inserção de um dispositivo intra-uterino (DIU) de cobre, surgem como meios alternativos após uma relação sexual desprotegida. A eficácia dos métodos contraceptivos de emergência, em geral, é difícil de medir e depende de vários fatores, como a duração do ciclo menstrual, o dia do ciclo em que ocorreu a relação desprotegida e o tempo entre a relação desprotegida e a administração do método contraceptivo de emergência (BRUNTON and BEAL, 2006).

Quadro 1 – Orientações Dadas Pelos Egressos (Subprescrição)

1. Contraceção de emergência somente.
2. Contraceção de emergência e fazer uso de preservativo nas próximas relações sexuais
3. Contraceção de emergência e continuar anticoncepcional.
4. Contraceção de emergência e suspender anticoncepcional.
5. Contraceção de emergência, suspender anticoncepcional e fazer uso de preservativo nas próximas relações sexuais

As medidas indicadas em relação à falha na tomada de duas pílulas têm de estar em acordo com a semana em que ocorreu. A conduta para pílula esquecida, não tomada depende de uma série de fatores que deveriam ser do conhecimento dos médicos estudados (WEBBERLEY and MANN, 2006).

As indicações principais da anticoncepção de emergência são quanto à relação sexual não planejada e desprotegida (comuns em adolescentes), a falha anticonceptiva presumida, a violência sexual (estupro) e quanto



ao uso inadequado de métodos anticoncepcionais (FERBRASGO, 1997).

Ao avaliarmos a habilidade de comunicação, classificamos aleatoriamente as frases em recomendáveis e não-recomendáveis. Mostramos alguns exemplos de frases usadas por recém-egressos para orientação sobre a preocupação das pacientes (Quadro 2).

Quadro 2 – Comunicação Entre Médicos E Pacientes Durante Uma Consulta Contraceptiva De Emergencia

ACONSELHAVEIS
<ul style="list-style-type: none"> • “Caso esteja grávida, pode fazer o acompanhamento do pré-natal com a gente pra que não tenha nenhum problema com a senhora.” (sexo masculino). • “Estou aqui pra lhe ajudar no que for preciso. O que aconteceu?” (sexo feminino). • “Se você quiser trazer seu namorado aqui, pra eu explicar as vantagens do preservativo, porque você evitaria tanto a gravidez como DST’s.” (sexo masculino). • “Tudo bem? Mais alguma dúvida? Sempre que tiver, pode perguntar!” (sexo masculino).
DESACONSELHAVEIS
<ul style="list-style-type: none"> • “Assim, isso vai impedir a nidação, que a gente chama. Que é assim: o óvulo, mesmo que já tenha sido fecundado pelo espermatozóide, já formou tipo um blastocisto, e isso acontece na sua trompa durante esse período. E, depois que se implanta no útero, o embrião não foi formado ainda, tá entendendo?!” (sexo feminino). • “Aí você vai assumir sua gravidez, a gente aqui... A lei brasileira é bem clara, né?! O aborto no Brasil não é permitido. Então, a gente vai cuidar da sua gravidez.” (sexo masculino). • “Se não vier a regra no dia certo, aí a gente vai investigar isso. E a ansiedade, você vai ter que sufocar ela por enquanto!” (sexo masculino). • Acho que vale à pena tomar como lição esse episódio! Se você não estiver grávida! Se você estiver grávida, a gente vai proceder de outra maneira. Mas, se você não estiver você toma isso como lição!” (sexo masculino).



Verificamos ali frases proativas, punitivas e com jargões médicos. No contexto dos direitos reprodutivos, a liberdade de escolha do método é fundamental na área da regulação da fecundidade, para que isso ocorra, as mulheres não só devem ter acesso a informações, mas a todos os métodos de contracepção. Literatura crescente tem relacionado a comunicação médico-paciente a vários resultados valiosos, incluindo melhora nos marcadores de doenças como diabetes, hipertensão e como consequência a relação dessa comunicação médico-paciente não tem passado despercebida pelos educadores médicos e por organizações gerenciadoras de assistência médica (ROTER *et al.*, 2004). Fica claro então que nossos métodos de ensino da contracepção podem e devem ser acrescido de estratégias de ensino em adição as tradicionais. Há evidências substanciais que as habilidades de comunicação podem ser ensinadas e que o desempenho nas consultas médicas pode ser melhorado (SIMPSON *et al.*, 1991, ASPEGREN, 1999).

Conclusão

Constata-se que apenas 26 dos 99 dos egressos fizeram a orientação racional para a paciente-padronejada diante do esquecimento da “pílula”. Sendo o esquecimento um fato comum entre as usuárias deste método, este dado é preocupante visto que, muitas delas, vão à busca de ajuda médica a fim de evitarem uma gravidez e não obtêm informações que proporcionem resolutividade para seu problema. Do ponto de vista educacional recomendam-se alternativas a educação tradicional ou em acréscimo a ela. Sugere-se ainda que o currículo baseado em competência fosse a mola mestra da integração entre os saberes médico aplicado ao bem estar da comunidade.



Bibliografia

CARRACIO, C.; WOLFSTHAL, S.D.; ENGLANDER, R.; FERRENTZ, K.; MARTIN, C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. **Academic Medicine**. v. 77, p. 361-367, 2002.

GOVAERTS, M.J.B. Educational competencies or education for Professional competence? **Medical Education**. v. 42, p. 234-236, 2008.

DALL'ALBA, G.; SANDBERG, J. Unveiling Professional development: a critical review of stage models. **Revista of Education Research**. v. 76, n. 3, p. 383-412, 2006.

MOURA, E.R.; SILVA, R.M. Professional competence and contraceptive care. **Revista de Saúde Pública**. v. 39, n. 5, p. 1-6, 2005.

DREZETT, J. Anticoncepção de Emergência. Comitê. Assessor do Consórcio Latinoamericano de Anticoncepção de Emergência. Consultor da Área Técnica de Saúde da Mulher/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, 2008.

HARDEN, R.M.; GLEESON, F.A. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). **Medical Education**. v. 13, n.1, p. 41-54, 1979.

NEWBLE, D.I. Eight years-experience with a structured clinical examination. **Medical Education**. v. 22, n. 3, p. 1988;22 (3):200-4).

WEBBERLEY, H.; MANN, M. Oral contraception – updated. **Women's Health Medicine**. v. 3, n. 6, p. 262-268, 2006.



FEBRASGO (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia). Anticoncepção – Manual de Orientação, 1997. Disponível em: <http://www.gosites.com.br/sggo/pdf.asp?path=302553jh%7Cggeyny7zmls2rjl4&arq=rcq%7Chp6787:2vml>. Acesso em: 28 set. 2008.

BRUNTON, J.; BEAL, M.W. Current Issues in Emergency Contraception: An Overview for Providers. **Journal of Midwifery & Women's Health**. v. 51, n. 1, p. 457-463, 2006.

ROTER, D.L. et al. Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. **Medical education**. v. 38; p.145–157, 2004.

SIMPSON, M. et al. Doctor-patient-communication: The Toronto consensus statement. **British Medical Journal**. v. 303, p. 1385–7, 1991.

ASPEGREN, K. BME Guide, 2: Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. **Medical Teacher**. v.21, p. 563–70, 1999.