

UTILIZANDO A METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO PARA PROPICIAR SAÚDE MENTAL EM PACIENTE COM DEPRESSÃO: ESTUDO DE CASO

Maria Luiza Abreu Curti^I
Mara Dalila de Almeida Lourenço^{II}
João Estevam Giunt Ribeiro^{III}

RESUMO

OBJETIVO: Observar a realidade vivenciada pela família de uma paciente residente no município de Paracatu-MG, identificar o principal problema da família, teorizar, elaborar hipóteses de solução para o problema selecionado e aplicar as hipóteses de solução à realidade da família.

MÉTODO: O estudo baseia-se na Metodologia da Problematização (Método do Arco – de Charles Maguerez). Foram realizadas visitas domiciliares por duas acadêmicas de medicina à família da paciente durante os meses de março a dezembro de 2007. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e da observação do contexto real em que a família está inserida. As atividades realizadas foram registradas no diário de bordo a cada visita.

RESULTADOS: O principal problema encontrado na família foi depressão na matriarca, influenciando diretamente na realização das atividades do lar. Foram levantadas hipóteses de solução para este problema e, em seguida, aplicadas à realidade da família. Após as intervenções realizadas, o resultado observado foi melhora parcial do estado geral da paciente. Ela foi encaminhada para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e para a Secretaria de Assistência Social da cidade, para dar continuidade ao trabalho iniciado.

CONCLUSÃO: A partir deste estudo foi possível elaborar propostas de intervenção no âmbito da aquisição de habilidades biopsicossociais, com orientação e educação em saúde a fim de promover saúde mental a uma paciente com manifestações depressivas. A aplicação da Metodologia da Problematização mostrou-se fator essencial no processo de aprendizagem vinculado à realidade do aluno.

Palavras-chave: Método do Arco. Saúde Mental. Depressão.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To observe the reality experienced by the family of a patient resident in Paracatu-MG, identify the main problem of the family, theorize, draw up scenarios for solving the problem and implement selected the chances of solution to the reality of the family.

METHODS: The study is based on the methodology of Problematização (Method of Arc - from Charles Maguerez). Home visits were conducted by two of academic medicine to the patient's family during the months of March and December 2007. Data were collected through interviews and observation of the actual context in which the family is inserted. The activities were recorded in the logbook for each visit.

^I Acadêmica do 5º período de medicina da Faculdade Atenas, Paracatu – MG.

^{II} Acadêmica do 5º período de medicina da Faculdade Atenas, Paracatu – MG.

^{III} Professor do curso de Medicina da Faculdade Atenas, Paracatu, MG.

RESULTS: The main problem found in the family was matriarch's depression, influencing directly in the conduct of home activities. Chances of solution to this problem were raised, and then applied to the reality of the family. After the speeches made, the result observed was partial improvement of the patient's general state. She was referred to the Center for Psychosocial Care (CAPS) and the Department of Social Welfare of the city, to continue the work started.

CONCLUSION: This study allowed us to draw up proposals for action under the acquisition of psychosocial skills, with guidance and health education to promote mental health to a patient with depressive events. The application of the methodology of Problematização proved to be an essential factor in the learning process tied to the reality of the student.

Keywords: Method of Arc. Mental Health. Depression.

I. INTRODUÇÃO

1. Revisão da Literatura

Saúde mental é um estado de boa adaptação, com uma sensação subjetiva de bem-estar, prazer de viver e uma sensação de que o indivíduo está a exercer os seus talentos e aptidões (CHAPLIN, 1989).

No âmbito da saúde mental, problemas e transtornos são comuns e um amplo percentual das pessoas tem sua assistência restrita aos cuidados primários; todavia seus transtornos e suas necessidades em saúde mental com frequência não são detectados (RIBEIRO, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a depressão seja atualmente a doença psiquiátrica mais diagnosticada: ocupa o quarto lugar entre os maiores problemas de saúde do Ocidente e é a segunda causa de invalidez (MALDONATO, 2006).

A depressão é uma condição médica comum, crônica e recorrente. Está frequentemente associada a incapacitação funcional e comprometimento da saúde física. Os pacientes deprimidos apresentam limitação da sua atividade e bem-estar além de uma maior utilização de serviços de saúde (FLECK, 2003).

A área de saúde mental é uma das mais importantes na atenção básica. A incidência e prevalência de sofrimentos e transformações mentais são muito elevadas e há necessidade de um bom preparo dos profissionais de saúde para prestar atendimento de boa qualidade às pessoas com esses problemas (MALDONATO, 2006).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão afeta cerca de 340 milhões de pessoas e causa 850 mil suicídios por ano em todo o mundo. No Brasil, são cerca de 13 milhões de depressivos. Depressão e ansiedade são responsáveis pela metade (740 milhões de pessoas) das doenças mentais existentes no mundo (MALDONATO, 2006).

De acordo com RIBEIRO (2007), as instituições universitárias, especialmente as escolas da área de saúde, têm uma grande responsabilidade no movimento irreversível de valorização da saúde mental no âmbito da atenção básica. Para ele, é fundamental que as faculdades de medicina aprofundem seus laços com a rede de serviços, colaborando na atenção à saúde, no ensino, na pesquisa e na capacitação de profissionais.

2. Contextualização

Destaca-se neste estudo o papel efetivo do aluno no processo ensino-aprendizagem, que foi proposta aos graduandos do curso de Medicina da Faculdade Atenas de Paracatu pela disciplina de Interação Comunitária. Os acadêmicos tiveram a oportunidade de consolidar o conhecimento adquirido, atuando dentro de um processo participativo, por meio da intervenção na comunidade utilizando a metodologia da Problematização ou Método do Arco, de Charles Maguerez.

Para BERBEL, o método do arco tem como objetivo a valorização da saúde, ao identificar e estudar os problemas da sociedade e devolver a ela e à Unidade de Saúde possíveis intervenções, visando contribuir para a solução dos problemas identificados. Este método constitui-se de cinco etapas: (1) observação da realidade, (2) identificação dos

principais problemas, (3) teorização dos problemas identificados, (4) hipóteses de solução e (5) aplicação das hipóteses selecionadas à realidade.

Na primeira etapa, que consiste na Observação da Realidade, o educador conduz os alunos a contemplarem uma situação real, ressaltando as questões a serem estudadas na área de interesse. Neste momento, os alunos expressam suas percepções pessoais, realizando assim, uma leitura sincrética ou ingênua da realidade (BODERNAVE, 1998).

Na segunda etapa, são identificados os principais problemas ou pontos-chave, nesta fase o estudante realiza um estudo mais cuidadoso e, por meio da análise reflexiva, seleciona o que é relevante, elaborando os pontos essenciais que devem ser abordados para a compreensão do problema (BERBEL, 1998).

A terceira etapa, conhecida como Teorização, implica em construir respostas mais elaboradas para o problema, proporcionando o crescimento mental dos alunos a partir dos questionamentos acerca do que foi observado e fundamentado nos pontos-chave, definidos na etapa anterior (BODERNAVE, 1998).

Ao confrontar a Realidade com a sua Teorização, o aluno se vê motivado a passar para uma quarta etapa do arco que consiste na formulação de Hipóteses de Solução, em que serão apresentadas alternativas possíveis para a solução do problema em questão. Nessa fase, a criatividade e a originalidade devem ser bastante estimuladas pelo professor, a fim de que os alunos também despertem para as resoluções ideais do problema, e ao mesmo tempo reflitam sobre a sua viabilidade e aplicabilidade à realidade (BODERNAVE, 1998).

Por fim, a quinta etapa é a Aplicação à Realidade. Esta se destina à prática e atuação dos alunos na realidade social e nas situações concretas, a partir da seleção das hipóteses de solução apresentadas na etapa anterior. É a fase que possibilita o intervir, o exercitar, o manejar situações associadas à solução do problema; e complementa que com a aplicação à

realidade, não apenas se completa o Arco de Maguerez, mas através dos resultados desta aplicação, poderá sugerir o reiniciar de muitos outros arcos (BERBEL, 1995).

3. Justificativa

O sentido especial da disciplina de Interação Comunitária da Faculdade Atenas, baseada na Metodologia proposta por Maguerez, nos despertou o interesse de exercitar a cadeia dialética de ação – reflexão – ação, ou seja, a relação prática – teórico – prática da problematização, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem, a realidade social. Portanto, justifica-se para a realização deste estudo nosso interesse e nossa vivência acadêmica sobre o tema abordado, no âmbito da busca de medidas inovadoras que mudem a lógica atual de formação acadêmica de atenção exclusiva ao nível terciário de saúde; destacando a importância do papel efetivo do acadêmico de medicina na valorização da atenção básica.

4. Objetivo Geral

Observar a realidade vivenciada pela família de uma paciente residente na área de abrangência do PSF São João Evangelista do município de Paracatu-MG, identificar o principal problema da família, teorizar o problema, elaborar hipóteses de solução para o problema selecionado e aplicar as hipóteses de solução do problema à realidade da família.

5. Objetivos Específicos

- Criar vínculo de co-responsabilidade com a família, de forma humanitária e empática, para que se sintam seguros ao compartilharem informações pessoais com os pesquisadores, ou seja, estabelecer uma relação de confiança com a família;

O vínculo ideal da co-responsabilidade se dá quando os indivíduos se sentem efetivamente envolvidos no problema e compartilham a responsabilidade pela sua

solução, entendendo a sua participação como uma parte essencial no todo (FRANCO, 1995).

- Identificar fatores de risco na família;
- Estimular a auto-competência do cliente para a exploração de seus problemas e para encontrar possíveis soluções para eles;
- Incentivar a boa convivência familiar e social, a partir de troca de informações de apoio mútuo;
- Fornecer informações e orientações adequadas, destituídas de preconceitos e baseadas em conhecimento científico à família acompanhada, buscando sempre a promoção da saúde da família e prevenção de agravos e doenças;
- Inserir a comunidade e parcerias institucionais e não institucionais, se necessário, para auxiliar na resolução dos problemas identificados.

II. METODOLOGIA

1. Tipo de Estudo

Este estudo foi desenhado como um estudo descritivo, ou seja, não controlado, do tipo estudo de caso.

2. Área de Estudo

A área de realização deste estudo foi a área de abrangência do PSF São João Evangelista do município de Paracatu-MG, que atende os bairros: São João Evangelista, Bom Pastor, Bandeirante e parte do Bairro Paracatuzinho.

3. Coleta de Dados

Os dados foram coletados pelo pesquisador por meio da observação e entrevistas não estruturadas, sob condições de contexto real, a partir de visitas domiciliares que se estenderam durante os meses de março a dezembro do ano de 2007. Todas as atividades realizadas foram detalhadamente registradas a cada visita no diário de bordo.

4. População de Estudo

Não se aplica.

5. Amostra e Amostragem

Não se aplica.

6. Critério de Seleção dos Sujeitos

As pesquisadoras deste estudo – duas acadêmicas de medicina da Faculdade Atenas, Paracatu-MG - acompanharam três famílias durante os meses de março a dezembro de 2007. Estas famílias foram selecionadas pela equipe de saúde do PSF São João Evangelista, de acordo com a proposta da disciplina de Interação Comunitária III e Interação Comunitária IV da Faculdade Atenas, sob coordenação e orientação do docente da disciplina. As três famílias foram acompanhadas sob consentimento livre e esclarecido. Apenas uma das famílias foi selecionada, por conveniência, para fazer parte deste estudo.

7. Instrumentos ou Técnicas Utilizadas

O instrumento utilizado neste estudo foi o diário de bordo, que nada mais é que uma pasta onde são relatadas todas as informações colhidas ao longo da pesquisa, de forma cronológica e estruturada.

8. Análise dos dados, tratamento estatístico

Não foram utilizados tratamentos estatísticos neste estudo.

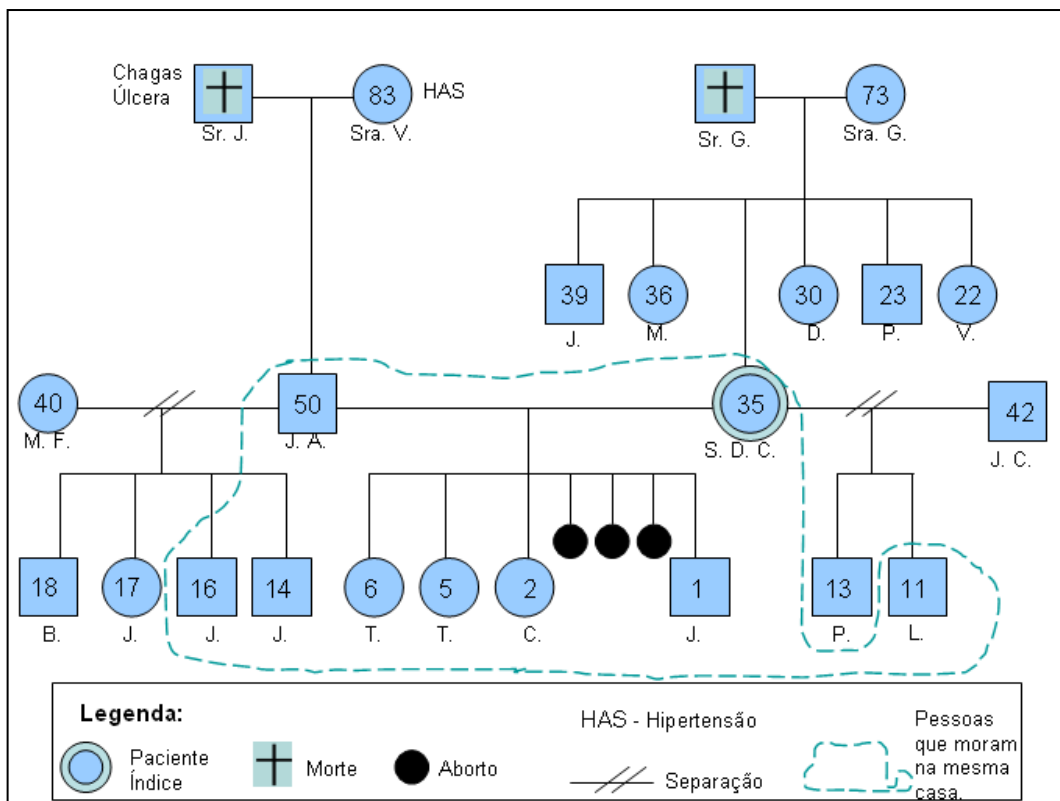
III. RESULTADOS

1. Observação da Realidade:

S. D. C., sexo feminino, 35 anos, nascida no município de Paracatu-MG, brasileira, casada pela segunda vez, analfabeta, do lar. Tem dois filhos do seu primeiro casamento e quatro filhos do segundo casamento. Sofreu três abortos espontâneos, ambos entre a quinta e a nona gestação. Reside atualmente em uma casa própria de alvenaria mal acabada, sem piso, com pouca luminosidade natural e pouca ventilação, não tem banheiro, não tem cozinha e sem rede de água e de esgoto. A casa possui apenas três cômodos, onde vivem nove moradores: a participante do estudo, um filho do seu primeiro casamento (11 anos), o atual marido (50 anos), dois dos quatro filhos do primeiro casamento do atual marido (16 e 14 anos) e os quatro filhos do casal (6, 5, 2 e 1 ano). A renda familiar é proveniente apenas do atual marido, o qual encontra-se desempregado e faz bicos para cobrir as despesas do lar. A paciente relatou relações conflituosas entre o casal, presença de violência doméstica do marido contra ela, alcoolismo do marido, relação sexual do marido com a vizinha, relação conflituosa dela com a vizinha, relação conflituosa dela com os dois filhos adolescentes do primeiro casamento do marido, uso de substâncias ilícitas por parte dos dois filhos do

primeiro casamento do marido e casos de agressão dos dois filhos do primeiro casamento do marido contra os quatro filhos pequenos do casal. A paciente relatou ainda não ter contado com a mãe e os cinco irmãos e o falecimento do seu pai. Nas primeiras visitas domiciliares realizadas à casa da paciente, esta demonstrava profunda tristeza, choro fácil, autodesvalorização, constante ideação de morte, idéias de suicídio, apresentava queixas de insônia, falta de apetite, desânimo, dores lombares, perdeu 6kg em quatro semanas e era perceptível a perda de interesse nas atividades cotidianas. As quatro crianças pequenas do casal estavam sempre sujas, descalças e mal-vestidas. A alimentação familiar era nitidamente ineficaz.

Fig 1. Genograma da Família. Atualizado em março de 2007.



2. Identificação dos Principais Problemas e Seleção do Principal Problema:

- Violência Doméstica;
- Renda Familiar Ineficaz;

- Falta de Planejamento Familiar;
- Precárias Condições de Moradia;
- Falta de Higiene;
- Baixa Escolaridade de S. D. C.;
- Episódio grave de depressão* de S. D. C., (selecionado como Principal Problema).

*De acordo com o critério diagnóstico da OMS de episódio depressivo segundo a CID-10, baseado na classificação de transtornos mentais e de comportamentos (Tabela 1), a paciente em questão apresenta 3 sintomas fundamentais de depressão: humor deprimido, perda de interesse e fadigabilidade e 5 sintomas acessórios de depressão: auto-estima e auto-confiança reduzidas, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos autolesivos ou suicídio e sono perturbado, apetite diminuído.

Tabela 1 - Critério diagnóstico de Episódio depressivo segundo a CID-10*. (WHO, 2003)	
Sintomas fundamentais	
1)	Humor deprimido
2)	Perda de interesse
3)	Fadigabilidade
Sintomas acessórios	
1)	concentração e atenção reduzidas
2)	auto-estima e auto-confiança reduzidas
3)	idéias de culpa e inutilidade
4)	visões desoladas e pessimistas do futuro
5)	idéias ou atos autolesivos ou suicídio
6)	sono perturbado
7)	apetite diminuído
*Episódio leve: 2 fundamentais + 2 sintomas acessórios	
Episódio moderado: 2 fundamentais + 3 a 4 sintomas acessórios	
Episódio grave: 3 sintomas fundamentais + >4 acessórios	

3. Teorização do Problema Priorizado:

A palavra depressão, na linguagem coloquial é utilizada para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome ou uma doença, constituindo-se em níveis diferenciados relativos ao contexto psicossocial. A tristeza constitui-se numa resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras

adversidades. A depressão afeta o humor do indivíduo, a sua forma de ver o mundo e até as funções do corpo, como o sono e a sua alimentação ou o vigor (COELHO, 2005).

A depressão apresenta muitos sinais e sintomas diferentes, alguns são fáceis de reconhecer, outros mais difíceis. O primeiro sinal da doença geralmente ocorre com uma mudança de comportamento habitual e a pessoa se torna irritada por motivos antes insignificantes; sentimentos melancólicos, perda do interesse por atividades consideradas agradáveis anteriormente ou por quaisquer outras atividades; perda de apetite e peso ou algumas vezes ganho de peso; dificuldade para dormir ou excesso de sono; agitação ou retardo psicomotor; sentimentos de cansaço ou indisposição, de inferioridade ou culpa; dificuldade de concentração, organização do pensamento, memória ou decisões; pensamento de morte (COELHO, 2005).

Segundo Kelsey (2004), a doença geralmente é acompanhada por queixas conjugais e, de modo geral, as interações entre pessoas deprimidas e seus cônjugues são caracterizadas por agressividade acima do normal. Problemas conjugais parecem ter grande influência na evolução da depressão, no entanto o apoio conjugal pode proporcionar uma melhora eficiente e duradoura dos sintomas depressivos, já que a participação e o apoio do parceiro(a) podem fazer grande diferença na diminuição dos sintomas da depressão (COELHO, 2005).

O resultado do estado de baixa auto-estima seguida ao rompimento de seus sentimentos de valor próprio pode levar o ser humano a ter idéias de suicídio. Às vezes as ameaças de suicídio são as formas que as pessoas angustiadas e depressivas encontram para pedir ajuda e compreensão ou evitar conflitos; se ocorrerem repetidas ameaças de suicídio, essas pessoas devem aprender outras estratégias para atender às suas necessidades (COELHO, 2005).

A conduta suicida, na verdade, é uma tentativa desesperada de solução de um problema, embora seja uma alternativa inadequada. Ela pode acontecer depois de várias tentativas de se solucionar um problema (de todas as maneiras possíveis e imagináveis para a

peessoa). Não tendo encontrado nenhuma solução, a pessoa vê, então, somente essa saída para solucionar o problema que está lhe afligindo (COELHO, 2005).

Um fator de agravo para desencadear uma morbidade mental é o baixo nível socioeconômico. Os indivíduos que vivem em situação de pobreza são vulneráveis a diferentes problemas de saúde em razão do baixo padrão de higiene pessoal e ambiental. O estado sanitário precário de suas habitações, a falta de espaço, as construções precárias etc., são fatores que influenciam negativamente tanto na saúde física como mental (FREEMAN, 1983).

4. Hipóteses de Solução para o Problema Priorizado:

- Fornecer educação em saúde;
- Encaminhar a paciente para serviço especializado a fim de avaliar a necessidade de iniciar terapia medicamentosa;
- Incentivar a boa convivência familiar e social;
- Incentivar a socialização e lazer;
- Incentivar a busca da Religião como conforto.

5. Aplicação das Hipóteses à Realidade:

Nesta etapa foram realizados, gradativamente, as hipóteses sugeridas e os resultados encontrados foram:

- Apesar de terem ocorrido algumas recaídas da paciente durante a pesquisa, em decorrência da sua morbidade, nas últimas visitas realizadas à casa dela, esta demonstrava mais interesse na higiene pessoal e nos cuidados com o lar, sua casa encontrava-se mais limpa e cuidada a cada visita;

- O incentivo constante à socialização e ao lazer demonstrou que o suporte social e o resgate da paciente depressiva ao convívio social são de fundamental importância para a saúde mental;
- Após o encaminhamento para serviço especializado, a paciente passou a fazer uso de medicamento antidepressivo, o que amenizou a manifestação dos episódios depressivos que ela vinha apresentando;
- Apesar do constante incentivo à boa convivência familiar, não foram observadas mudanças significativas na convivência da paciente em estudo com seus enteados e seu marido, no decorrer do acompanhamento. No último encontro com a paciente, esta relatou vontade em se divorciar do marido;
- A busca da religião como conforto para as angústias e dificuldades vividas demonstrou que o paciente que tem fé maneja melhor as adversidades da vida. Para BUZAID 2001, a espiritualidade tem um aspecto positivo no processo saúde-doença do enfermo; se não curar a pessoa, certamente vai melhorar a qualidade de vida dela e viver de modo positivo é muito melhor, uma vez que a crença é considerada um complemento, não uma solução isolada.

IV. DISCUSSÕES

1. Interpretação dos Resultados

Apesar dos resultados obtidos após as intervenções não demonstrarem profundas mudanças na vida da paciente em questão, pode-se considerar significativo os poucos passos dados, levando em consideração o curto espaço de tempo em que as intervenções foram realizadas. Portanto, ressaltamos a fundamental importância do acompanhamento contínuo da

Equipe de Saúde da Família como principal agente de promoção de saúde e prevenção de agravos e morbidades.

Observou-se neste estudo o papel efetivo do aluno no processo ensino-aprendizagem, a partir da Metodologia da Problematização que foi proposta aos graduandos do curso de Medicina da Faculdade Atenas de Paracatu pela disciplina de Interação Comunitária. Os acadêmicos tiveram a oportunidade de consolidar o conhecimento adquirido, atuando dentro de um processo participativo, por meio da intervenção na comunidade.

A utilização do Método do Arco demonstrou ser fator essencial na formação da consciência crítica acadêmica, pois a partir da percepção da experiência de vida e da prática, conjuntamente com as pessoas envolvidas no processo de ensino-aprendizagem (professor, aluno, profissionais do serviço de saúde), o aluno constrói os seus próprios conhecimentos, através de reflexões, associações lógicas e teorizações.

2. Comparação com outros estudos

Como salienta o MS (2007), as diretrizes para os problemas de saúde mental na atenção Básica, enfatiza a formação das equipes da atenção básica e o apoio matricial de profissionais de saúde mental junto a essas equipes para a continuidade da assistência.

Reforça RIBEIRO (2007), que os modelos colaborativos de atenção à saúde representam um novo paradigma na atenção à saúde e espalham as complexidades do sofrimento humano. Ao se dedicar às múltiplas necessidades dos seus pacientes, os profissionais da atenção básica de saúde devem estar habitualmente habilitados a trabalhar em conjunto com os especialistas, aí incluídos os profissionais de saúde mental.

“Todas as possibilidades de potencializar a educação nos mais diversos âmbitos aos quais a sua prática se destina merecem ser consideradas” (GUEDES, 2007).

Desta forma valida o que expressa RIBEIRO (2007), que as instituições universitárias, especialmente as escolas da área de saúde, têm uma grande responsabilidade no movimento irreversível de valorização da saúde mental no âmbito da atenção básica. Sendo fundamental que as faculdades de medicina aprofundem seus laços com a rede de serviços, colaborando na atenção à saúde, no ensino, na pesquisa e na capacitação de profissionais.

Segundo BERBEL (1998), o método do arco tem o objetivo a valorização da saúde, ao identificar e estudar os problemas da sociedade e devolver a ela e à Unidade de Saúde possíveis intervenções, visando contribuir para a solução dos problemas identificados.

3. Dificuldades e Limitações

Uma limitação encontrada na realização deste estudo foi o fato de que não conseguimos encontrar a paciente em casa em todas as visitas domiciliares realizadas.

Outro fator relevante foi o curto tempo de acompanhamento familiar para realização deste estudo, considerando que para obter impactos significativos na intervenção de uma família, é necessário um acompanhamento mais cauteloso e rigoroso, o que não foi possível na realização deste estudo.

V. CONCLUSÃO

1. Síntese dos Principais Resultados

Neste estudo é apresentado o estudo de um caso de intervenção realizada por duas acadêmicas de medicina, atuando como estimuladoras de ações direcionadas ao resgate da reestruturação da saúde mental de uma mulher de 35 anos de idade, com seis filhos, analfabeta, de baixa renda, do lar. Um dos pontos-chave identificados no contexto a qual ela

está inserida está a depressão, que influencia diretamente nos cuidados pessoais e na saúde de toda a família.

A partir deste estudo foi possível elaborar propostas de intervenção no âmbito da aquisição de habilidades biopsicossociais, com orientação e educação em saúde a fim de resgatar a reestruturação mental da paciente com manifestações depressivas e conseqüentemente propiciar significativa melhora da qualidade de vida de toda a família. A aplicação da abordagem problematizadora ao percorrer as cinco etapas do Método do Arco, mostrou-se fator essencial no processo de aprendizagem vinculados à realidade do aluno.

Os acadêmicos se inseriram à realidade e foram mudados por ela, concomitantemente eles se capacitaram para transformá-la. As etapas do Arco proporcionam o desenvolvimento e formação da consciência crítica e reflexiva do educando, ao passo que permite que ele saia da condição de sujeito passivo para a condição de agente transformador da própria realidade.

2. Sugestões de novas pesquisas

Faz-se necessário a realização de novas pesquisas sobre a aplicabilidade da metodologia da problematização no currículo acadêmico, visando a busca de medidas inovadoras que mudem a lógica atual de atenção exclusiva ao nível terciário de saúde. Destaca-se, portanto, a importância do papel efetivo do acadêmico da área de saúde na valorização da atenção básica, como descrito neste estudo.

3. Proposições e Recomendações de Intervenções (Aplicações)

A utilização da metodologia da problematização corrobora para um aprendizado crítico e efetivo tanto para os acadêmicos quanto para a família contextualizada neste estudo, melhorando a saúde da família no seu mais amplo conceito: bem estar físico, mental e social;

esclarecendo a aplicabilidade do método do arco como fator preponderante na contribuição de conhecimento mútuo.

REFERÊNCIAS

BERBEL, NAN. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas.** Interface Comum. Saúde Educ.,1998; 2:139-54.

BERBEL, NAN. (org.). **Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior.** Semina: Ci. Soc/Hum., Londrina, v.16, n.2, p.9-19, out. 1995. Ed. Especial.

BODERNAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino e Aprendizagem.** 19. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

BODERNAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **A Estratégia de Ensino Aprendizagem.** 26a.ed., Petrópolis: Vozes, 2005.

BODERNAVE, J. D. **Alguns fatores pedagógicos. In: Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos CADRHU** (J. P. Santana e J. L. Castro, org.), Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/ Editora da UFRN,1999 p. 261-268.

BUZAID, A. C. **Fé e pensamento positivo podem auxiliar no combate a doenças.** Folha de São Paulo. S. Paulo. Equilíbrio on line. Nov. 2001. Disponível em <<http://www.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/comportamento/>>. Acesso em 19 de junho 2008.

CHAPLIN, J. P. **Dicionário de Psicologia.** Lisboa: Publicações D. Quixote, 1989.

COELHO, M. P. **Depressão na pessoa diabética: desvelando o inimigo oculto.** Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: UFMG, 2005.

FLECK, M.P.A. et al. - **Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral).** Rev Bras Psiq 25 (2): 114-122, 2003.

FRANCO, Augusto de. **Ação local – a nova política da contemporaneidade.** Brasília/Rio de Janeiro: Ágora/FASE, 1995.

GUEDES BN. et al. **A metodologia da problematização na Escola de Posturas da UFPB: um processo emancipatório na prática da educação gerontológica.** Revista Eletrônica de Enfermagem 9 (2): 298-314, 2007.

MALDONATO, M. **Os aposentos vazios da depressão.** Rev Viver mente & cérebro, ano XIV, n.160, maio 2006. p.38-45.

RIBEIRO, Mário Sérgio. **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental.** Editora UFJF, Juiz de Fora: 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Genebra: WHO; 1993.