



MARIA DILENE DA SILVA RODRIGUES

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL EM ESTUDANTES DE MEDICINA NO
CENÁRIO DA APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS - A IMPORTÂNCIA
DA CAPACITAÇÃO DOCENTE**

FORTALEZA

2018

MARIA DILENE DA SILVA RODRIGUES

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL EM ESTUDANTES DE MEDICINA NO
CENÁRIO DA APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS - A IMPORTÂNCIA
DA CAPACITAÇÃO DOCENTE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde (MEPES) do Centro Universitário Christus, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde. Área de concentração: Metodologia Ativa para o Ensino em Saúde
Orientador: Prof. Dr. Marcos Kubrusly.

Fortaleza

2018

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que seja citada a fonte.

R696t RODRIGUES, Maria Dilene da Silva
Transtorno de ansiedade social em estudantes de medicina no cenário da aprendizagem baseada em problemas/ Maria Dilene da Silva Rodrigues. – Fortaleza, 2017.
157f. ; il. color.

Dissertação (Mestrado), Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Mestrado em Ensino em saúde, Fortaleza, 2017.
Orientador: Marcos Kubrusly
Área de concentração: Metodologia Ativa para o Ensino em

Saúde

1. Transtorno de Ansiedade Social 2. Ansiedade de Desempenho 3. Aprendizagem Baseada em Problema 4. Estudantes de Medicina I. KUBRUSLY, Marcos II. Centro Universitário Christus III. Título

CDD 616.85225

MARIA DILENE DA SILVA RODRIGUES

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL EM ESTUDANTES DE MEDICINA NO
CENÁRIO DA APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde (MEPES) do Centro Universitário Christus, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde. Área de concentração: Metodologia Ativa para o Ensino em Saúde

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Kubrusly
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof.^a Dr.^a Cláudia Maria Costa de Oliveira
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof.^a. Dr.^a. Selene Regina Mazza
Centro Universitário Estácio do Ceará

Dedico este trabalho a meus pais, por sempre acreditaram em mim, desde quando eu era criança. Eles me ensinaram a lutar, a enfrentar e a vencer os obstáculos que surgiam a cada nova etapa de minha vida. Com simplicidade e amor, mostraram que as diferenças são apenas detalhes. Suas sábias palavras soam aos meus ouvidos sempre que enfrento qualquer dificuldade.

AGRADECIMENTOS

Neste momento de concretização de um sonho, não poderia deixar de registrar algumas palavras de agradecimento a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a conclusão deste trabalho.

Primeiramente, agradeço a Deus, minha maior fonte de inspiração e sabedoria.

A meu esposo José Landim Cruz e às minhas filhas Mariana Rodrigues Landim Machado e Maryna Rodrigues Landim Borges, pelo apoio e pela compreensão nos momentos de minha ausência.

À UNICHRISTUS, nas pessoas do Dr. José Lima de Carvalho Rocha e Dr. Estevão Lima de Carvalho Rocha, por permitir a realização desta pesquisa e contribuir para a minha formação acadêmica.

Ao Dr. Marcos Kubrusly, meu orientador: meu agradecimento pelo incansável incentivo e apoio para a realização deste trabalho.

À Dra. Lia Lira Olivier Sanders, minha coorientadora: gratidão pelo apoio e pela compreensão.

À Dra. Mônica Colares Oliveira Lima, meus agradecimentos pelos momentos de trocas e incentivo.

À minha querida amiga Cleomar: minha fonte de inspiração; amiga que compôs minha história; obrigada por sua presença (mesmo estando distante), suas palavras de carinho e seus ensinamentos.

À Dra. Aline Maria Loureiro Moita, meus agradecimentos pelos momentos de incentivo e apoio.

À Professora Elzenir Coelho, que sempre esteve disponível para me ajudar; sou-lhe grata pela paciência e doçura na correção de cada palavra aqui registrada.

À Priscila Brasil de Carvalho Rocha e Priscila Ferreira Araripe, acadêmicas de Medicina, por terem contribuído para realização deste estudo.

Aos colegas do mestrado, pela amizade e companhia. Foi muito bom conviver com todos vocês.

Aos queridos professores do mestrado, pelos ricos momentos de aprendizado e por terem contribuído para nossa formação.

À Banca Examinadora, pela disponibilidade e carinho com que aceitou o convite para avaliar este trabalho.

Os professores ideais são os que se fazem de pontes, que convidam os alunos a atravessar, e depois, tendo facilitado a travessia, desmornam-nas com prazer, encorajando-os a criar as suas próprias pontes.

Nikos Kazantzakis

RESUMO

A Educação Médica é marcada por vivências estressantes e pode causar forte impacto nos acadêmicos. O método da Aprendizagem Baseada em Problema - ABP é adotado nos Cursos de Medicina, contexto no qual o conhecimento é produto de uma negociação social, em que o estudante precisa responder aos outros e com eles cooperar para atingir um objetivo de aprendizagem. A exposição é, para alguns estudantes, uma situação geradora de estresse e pode servir de gatilho disparador para os sintomas do Transtorno de Ansiedade Social (TAS), contribuindo para elevar o nível de sofrimento psíquico e, conseqüentemente, comprometer seu desempenho. Este estudo teve por objetivo investigar a prevalência de sintomas sugestivos de TAS entre estudantes de medicina do Centro Universitário Christus – Unichristus, no cenário da ABP, e os conhecimentos, os saberes e as práticas do tutor nesse contexto. É um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, com amostra de 431 acadêmicos e 47 tutores do 1º ao 4º anos do Curso de Medicina. Os dados foram obtidos por meio da aplicação da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS-SR), do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), de um questionário sociodemográfico, histórico familiar de doenças psiquiátricas, acompanhamento psicoterápico e psiquiátrico, nível de ansiedade para se expressar na tutoria e percepção de como a ansiedade variou ao longo dos semestres de faculdade, além de um questionário de avaliação do conhecimento sobre o TAS e dois grupos focais para os tutores. Em seguida, foram submetidos à estatística descritiva e analítica, e, análise de conteúdo. Utilizando a LSAS-SR como instrumento de triagem para casos de TAS, encontram-se escores sugestivos do transtorno em 59,2% (255) dos estudantes com maior prevalência no primeiro ano do curso e predominância do sexo feminino. Em relação ao nível de ansiedade, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) evidenciou que 59,3% (258) dos estudantes apresentaram nível de ansiedade mínimo; 26,6% (115), nível leve; 9,7% (42), nível moderado e 4,4% (19), nível grave. Observou-se correlação significativa entre os escores obtidos nas escalas BAI e LSAS-SR: estudantes com sintomas sugestivos de ansiedade social apresentaram maior grau de ansiedade. Além disso, estudantes com sintomas de ansiedade social relataram maior nível de ansiedade para se expressar durante as sessões de tutoria. Em relação aos tutores, 91,5% (43) não têm conhecimento sobre TAS; 78,7% (37) não sabem como lidar com estudantes

com esse transtorno, e 100% (47) desejam capacitação nessa área. Estes dados corroboram os resultados da pesquisa qualitativa. A análise do conteúdo temático colhido nas entrevistas dos grupos focais revela o pouco conhecimento dos tutores acerca do TAS e da dinâmica de grupo, ao apresentar dificuldade em lidar com esses estudantes, vivenciando sentimento de impotência. Considera-se que os resultados obtidos possam ser úteis aos educadores que atuam na ABP, trazendo contribuições para o desenvolvimento de capacitações sobre dinâmica de grupo e subsídios para a compreensão do estudante que apresenta esse transtorno. Nesta pesquisa, não foi realizado estudo comparativo entre a ABP e outras estratégias de ensino-aprendizagem, fazendo-se necessário estudo que contemple o uso de outras metodologias.

Palavras-chave: Transtorno de Ansiedade Social. Ansiedade de desempenho. Estudantes de medicina. Aprendizagem Baseada em Problemas.

ABSTRACT

Medical Education is marked by stressful experiences and can have a strong impact on academics. The Problem Based Learning (PBL) method is adopted in Medicine Courses, in which knowledge is the product of social negotiation, in which the student needs to respond to others and cooperate with them in order to achieve a learning objective. Exposure is, for some students, a stressful situation and can serve as a trigger for the symptoms of Social Anxiety Disorder(DAS), contributing to raise the level of psychic suffering and, consequently, compromising their performance. This study aimed to investigate the prevalence of symptoms suggestive of SAD among medical students of the Christus - Unichristus University Center in the PBL scenario, and the knowledge and practices of the tutor in this context. It is a cross-sectional, descriptive, quantitative and qualitative study, with a sample of 431 students and 47 tutors from the 1st to 4th year of the Medicine Course. The data were obtained through the application of the Liebowitz Social Anxiety Scale(LSAS-SR), the Beck Anxiety Inventory(BAI), as well as a sociodemographic questionnaire, family history of psychiatric diseases, psychotherapeutic and psychiatric follow-up, level of anxiety to express in mentoring and perception of how anxiety has varied over the course of college semesters; a questionnaire assessing knowledge about SAD and two focus groups for tutors. Then, they were submitted to descriptive and analytical statistics, and content analysis. Using LSAS-SR as a screening tool for SAD cases, 59.2% (255) of the students with the highest prevalence in the first year of the course and predominance of the female were found to be suggestive of the disorder. Regarding the level of anxiety, the Beck Anxiety Inventory (BAI) showed that 59.3% (258) of the students had a minimum level of anxiety; 26.6% (115), light level; 9.7% (42), moderate level and 4.4% (19), serious level. There was a significant correlation between the scores obtained on the BAI and LSAS-SR scales: students with symptoms suggestive of social anxiety had a higher degree of anxiety. In addition, students with social anxiety symptoms reported a higher level of anxiety to express themselves during the mentoring sessions. Regarding tutors, 91.5% (43) are not aware of SAD; 78.7% (37) do not know how to deal with students with this disorder, and 100% (47) require training in this area. These data corroborate the results of qualitative research. The analysis of the thematic content collected in the focus group interviews reveals the tutors' lack of knowledge about SAD and group dynamics,

when it is difficult to deal with these students, experiencing feelings of impotence. It is considered that the results obtained can be useful to the educators who work in the ABP bringing contributions for the development of training on group dynamics and subsidies for the understanding of the student who presents this disorder. In this research, a comparative study was not carried out between the BPA and other teaching-learning strategies, making it necessary to study the use of other methodologies.

Key words: Social Anxiety Disorder. Performance anxiety. medical students. Problem-Based on Learning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Passos de um grupo tutorial.....	28
Quadro 2 - Descrição dos papéis dos participantes do grupo tutorial.....	29
Quadro 3 - Função do facilitador.....	30
Quadro 4 - Domínio do trabalho em grupo.....	31
Quadro 5 - Critérios Diagnósticos do DSM 5 para Transtorno de Ansiedade Social	37
Figura 1 - Fluxograma da formação da amostra da Fase 1.....	47
Figura 2 - Fluxograma da coleta de dados da Fase 1.....	47
Gráfico 1 - Distribuição dos estudantes por semestres com escores sugestivos de TAS.....	58
Gráfico 2.- Proporção de estudantes com escores sugestivos de TAS por semestre.....	59
Gráfico 3.- Correlação entre as escalas BAI e LSAS.....	61
Gráfico 4 - Grau de ansiedade dos estudantes segundo o nível de ansiedade social. Número de estudantes com grau de ansiedade mínimo, leve, moderado e grave de ansiedade segundo os escores obtidos no Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos acadêmicos da Unichristus, conforme semestre, idade, sexo, estado civil, religião, moradia e renda familiar.....	56
Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto à prevalência de TAS.....	57
Tabela 3 - Distribuição da amostra por semestre quanto à prevalência de TAS...	57
Tabela 4 - Distribuição do nível de ansiedade da amostra.....	59
Tabela 5 - Tabulação cruzada. BAI total em categorias * Isas32.....	60
Tabela 6 - Histórico Familiar de Transtorno Mental de população em estudo.....	62
Tabela 7 - Determinantes de ansiedade social em estudantes de Medicina.....	63
Tabela 8 - Avaliação do conhecimento do tutor sobre TAS.....	66

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS DE PESQUISA.....	20
2.1 Objetivo geral.....	20
2.2 Objetivos específicos.....	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1 Educação médica.....	21
3.2 Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP.....	24
3.3 Transtorno de Ansiedade Social – TAS.....	36
4 MATERIAL E MÉTODO.....	44
4.1 Aspectos éticos.....	44
4.2 Tipo de estudo.....	44
4.3 Caracterização da situação do estudo.....	44
4.4 Fase 1.....	45
4.4.1 População e amostra.....	45
4.4.2 Instrumentos.....	45
4.4.3 Procedimento de coleta de dados.....	46
4.4.4 Codificação e tratamento dos dados.....	48
4.5 Fase 2.....	48
4.5.1 Sujeitos do primeiro momento.....	48
4.5.2 Instrumento.....	49
4.5.3 Procedimento de coleta de dados.....	49
4.5.4 Codificação e tratamento dos dados.....	49
4.5.5 Caracterização dos sujeitos do estudo do segundo momento.....	49
4.5.6 Instrumento.....	50
4.5.7 Organização e estruturação do grupo focal (GF).....	52
4.5.8 Condução das sessões.....	53
4.5.9 Organização e interpretação dos dados.....	55
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	56
5.1 Dados quantitativos.....	56
5.2 Análise e discussão dos dados qualitativos	70
5.2.1 A dinâmica da condução do grupo tutorial na aprendizagem baseada	

<i>em problemas</i>	71
5.2.1.1 Dificuldades na condução do grupo tutorial na aprendizagem baseada em problemas.....	75
5.2.1.2 Sentimentos relacionados à condução do grupo tutorial na Aprendizagem Baseada em Problemas.....	77
5.2.1.3 Formação docente para condução do grupo tutorial na aprendizagem baseada em problemas.....	80
<i>5.2.2 Transtorno de ansiedade social no cenário da aprendizagem baseada em problemas</i>	82
5.2.2.1 Percepção e conhecimento do tutor sobre Transtorno de Ansiedade Social.....	82
5.2.2.2 Identificação pelo tutor de estudantes com Transtorno de Ansiedade Social.....	84
5.2.2.3 Sugestões do tutor para a melhoria do processo de condução da tutoria e para lidar com estudantes que manifestam sinais de Transtorno de Ansiedade Social.....	87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICES	105
ANEXOS	156

1 INTRODUÇÃO

A transição do ensino médio para o ensino superior coloca o estudante, principalmente o jovem, diante de inúmeros desafios e mudanças (AKTEKIN; et al, 2001). O tempo reduzido para o descanso e o lazer pode constituir agentes estressores que resultam em sofrimento psíquico, o que compromete, significativamente, o desempenho pessoal, acadêmico, social e profissional (KITZROW, 2003; BALDASSIN; et al, 2008). O ingresso no ensino superior geralmente ocorre no final da adolescência e início da vida adulta, período em que há mais vulnerabilidade psicológica, marcada por profundas transformações que podem ser vivenciadas de forma construtiva ou conflituosa.

O novo ambiente de aprendizagem apresenta diferenças significativas para o estudante, tanto no tocante ao espaço físico e social, quanto em relação ao contexto de aprendizagem, antes muito bem estruturado, delineado para ele e regulado pelo compasso da rotina das aulas diárias. Nesse novo nível de ensino, o estudante é tratado como adulto; é exigido na capacidade de receber algumas direções gerais e tomar iniciativa, ser independente e autônomo em relação a seu processo de aprendizagem (PEIXOTO, 2006).

O Curso de Medicina é um dos cursos do Ensino Superior com maior nível de exigência e características peculiares, pois expõe os estudantes a várias situações de confrontos e desafios, e a maioria deles não está preparada; por esta razão, o curso pode interferir de forma negativa em sua condição psicológica, uma vez que eles enfrentam, desde o seu ingresso, um ambiente de muitas expectativas e exigências (AGUIAR; et al, 2008). Esse novo contexto de aprendizagem adota diversas metodologias de ensino-aprendizagem, com destaque para a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), o que exige do estudante mudanças de posturas, atitudes e novas habilidades, entre elas, as comunicacionais.

Atualmente, um dos métodos de ensino e de aprendizagem bastante utilizado em grande parte das escolas médicas é conhecido como *Problem Based Learning (PBL)* traduzido por Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), sendo esta última a nomenclatura utilizada neste estudo. Esse método tem como principal característica a aprendizagem baseada em resolução de problemas, que visa trabalhar o conhecimento, as habilidades, as atitudes e os valores. O processo de aprendizagem é centrado “no estudante, no aprender a aprender, na integração dos

conteúdos das ciências básicas e clínicas, além dos conhecimentos interdisciplinares”. (MORAES, 2006, p. 126).

Ainda mais, esse método estimula o estudante a desenvolver a capacidade de aprender a aprender, tornando-se sujeito autônomo na construção de seu conhecimento. Ocorre por meio de pequenos grupos tutoriais, aos quais são apresentados problemas contextualizados clinicamente que possibilitam o desenvolvimento do trabalho em meio cooperativo, colaborativo, integrado e interdisciplinar, estimulando em seu aluno o prazer de aprender, o pensamento reflexivo, a valorização da troca, do saber compartilhado, do aprender coletivo e da interação humana. “O PBL na educação dos profissionais de saúde tem três objetivos: adquirir um corpo integrado de conhecimentos, aplicar habilidades para solução de problemas e desenvolver o raciocínio clínico”. (LAMPERT, 2009, p.137)

Ressalta-se que a aprendizagem cooperativa é um elemento central da ABP, entendida como uma prática que tem o estudante como centro do processo ensino-aprendizagem. Ela é realizada por meio de atividades colaborativas em pequenos grupos heterogêneos (LEITÃO, 2006). Os estudantes atuam de forma sincrônica em busca da resolução de um problema, situação ou criação de um determinado objeto/produto, visando a potencializar não apenas a própria aprendizagem, mas também a de seus pares. Acredita-se que a aprendizagem em grupo, de forma colaborativa e cooperativa, em que os conhecimentos são compartilhados e os erros corrigidos de maneira coletiva, favorece a aprendizagem individual.

O Centro Universitário Christus - Unichristus utiliza o sistema híbrido de aprendizagem durante os primeiros oito semestres do curso, e os estudantes participam de Módulos de Conteúdos Específicos (método tradicional) concomitantemente com a ABP (metodologia ativa). O grupo tutorial desenvolve suas atividades obedecendo a uma dinâmica própria, seguindo nove passos: 1º passo - esclarecer termos e conceitos; 2º passo - Identificação dos problemas; 3º passo - “Chuvas de ideias” – proposição de hipóteses explicativas; 4º passo – Organização e priorização das hipóteses explicativas; 5º passo – Formulação dos objetivos de aprendizagem; 6º passo – Busca ativa dos conhecimentos; 7º passo – Relato e síntese dos conhecimentos novos adquiridos por meio de Mapas Conceituais; 8º passo – Artigo Científico (apresentação de um artigo com o conteúdo do problema) e 9º passo – Caso Integrador. Este último consiste em uma prova que

avalia a capacidade do aluno de integrar, de forma significativa, os conhecimentos dos objetivos de aprendizagem de quatro casos-problema discutidos anteriormente, uma vez que a resolução das questões depende desta integração. Cada problema é discutido em três sessões, e, durante as sessões, é realizada a avaliação formativa que consiste em analisar, de forma contínua, a performance do estudante, resultando em uma média divulgada após o encerramento do tema. Ressalta-se que o objetivo principal é verificar a extensão do processo para atingir os objetivos de aprendizagem, e, secundariamente, a obtenção de notas. O processo de avaliação ainda inclui outras formas, como a motivacional, a autoavaliação, a interpares e a avaliação dos tutores pelos estudantes. O objetivo desse momento, definido pelo Manual de Avaliação do Curso Médico, é estimular o discente a uma análise crítica das informações e suas fontes, aprimorar o relacionamento interpessoal e o trabalho em equipe, fazer abertamente críticas em relação aos conhecimentos construídos, desenvolver atitudes e habilidades, reconhecer e assumir responsabilidades cada vez mais complexas nas etapas do processo de aprendizagem, entre outros.

Durante dez anos de atuação como Psicóloga em um Serviço de Apoio Psicopedagógico (SAP) em instituição de ensino superior privada, a pesquisadora identificou, em seu cotidiano, por meio de escuta e orientação aos estudantes do Curso de Medicina, dificuldades emocionais e sofrimento psíquico. Essas observações e percepções acerca da condição emocional de uma parcela representativa dos estudantes estão relacionadas às exigências da metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), que tem como um dos critérios de avaliação a exposição oral em público.

Estudos encontrados na literatura referentes aos grupos na ABP sugerem que existe uma inter-relação entre a dinâmica de grupo e a qualidade da aprendizagem. Do mesmo modo, outros estudos revelam que também pode ser uma experiência emocional que gera desconforto social e, em consequência, compromete o aprendizado. Em vista disso, é necessário compreender tanto as interações sociais, como a situação desafiadora que estimula e promove aprendizagem quanto à forma como são gerenciadas as possíveis barreiras para o processo de aprendizagem (ROBINSON; HARRIS; BURTON, 2015).

Assim, as situações de exposição vivenciadas nas sessões tutoriais tendem a levar o estudante a processar as informações de forma negativa e considerar os colegas e os tutores como críticos, desenvolvendo, desse modo, um

sentimento de incapacidade para atender às expectativas desse público. O desconforto emocional gerado por essas situações, na maioria das vezes, limita sua ação e o impulsiona a um comportamento de esquiva, o que prejudica, de modo considerável, seu desempenho. Diante desse contexto, produziram-se inquietações iniciais: como o tutor lida com o estudante que apresenta essas dificuldades? Essas manifestações configuram um Transtorno de Ansiedade Social (TAS)? Que conhecimento tem o tutor sobre TAS? O tutor tem conhecimento sobre dinâmica de grupo? Diante disso, surge o seguinte questionamento: Avaliar se o grau de conhecimento e as percepções do tutor acerca dos processos grupais e do TAS em estudantes de Medicina da UniChristus, no cenário da ABP, pode justificar a elaboração de um instrumento de capacitação pedagógica para este contexto?

Sabe-se que o Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também conhecido como Fobia Social (FS), é uma condição em que o indivíduo se esquiva de situações sociais pelo receio de ser avaliado negativamente. De início precoce e curso crônico, caracteriza-se pelo medo acentuado e persistente de enfrentar situações sociais ou de demonstrar desempenho diante de outras pessoas, apresentando ansiedade antecipatória intensa em face de tais situações e consequente tentativa de evitá-las (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014). O diagnóstico se faz quando comportamentos de esquiva, medo ou antecipação ansiosa diante das situações sociais interferem no funcionamento escolar ou ocupacional e na vida social do indivíduo, causando-lhe sofrimento e limitação (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014). Apesar dos grandes prejuízos nas dimensões social, profissional e afetiva da vida, o TAS ainda é subdiagnosticado e subtratado (SCHNEIER; et al., 1994).

O interesse pelo estudo acerca do TAS no contexto universitário cresceu nos últimos anos em razão da elevada prevalência nessa população. Incapazes de enfrentar situações de exposição e de suportar o sofrimento psíquico gerado por sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais, alguns estudantes findam por abandonar o curso superior (FIGUEREDO; BARBOSA, 2008). Esses autores, ao investigar a fobia social em estudantes universitários, constataram que falar em público é a situação geradora de estresse que mais serve de gatilho disparador dos sintomas. Esses dados revelam a relevância social desta pesquisa.

No Brasil, estudos realizados por Wagner, Wahl e Cecconello (2014) com estudantes universitários do gênero feminino evidenciaram TAS em 35,6% da

população pesquisada. Meotti (2015) encontrou prevalência significativa em acadêmicos de psicologia com predominância nos três períodos iniciais. Pereira (2012), ao investigar a prevalência de TAS entre estudantes universitários do primeiro ao oitavo períodos do Curso de Direito, constatou que 21,1% apresentam sintomas relacionados a esta problemática.

Um estudo realizado com 292 estudantes de Medicina de uma universidade privada da Malásia revelou que 46,2% apresentam algum tipo de transtorno mental (ZAID; et al, 2007). Corroborando esses dados, Baldassin (2010); Fiorotti et al, (2010), em seus estudos, evidenciaram alta prevalência de sintomas de ansiedade, depressão, sofrimento psíquico ou transtorno mental comum em estudantes de medicina.

É importante destacar que diferentes agentes estressores permeiam o percurso acadêmico do estudante de medicina, futuro médico. O volume de informações que precisam ser assimiladas, o contato com a morte, com a dor e o sofrimento das pessoas, o pouco tempo para a família e as atividades sociais podem ser apontados como fatores que favorecem o elevado nível de estresse e, conseqüentemente, o desenvolvimento de um quadro de ansiedade (AGUIAR; et al, 2008). Além desses agentes, destacam-se, como já relatada, as demandas propostas pela ABP, que envolvem a exposição e a avaliação constante pelos pares, constituindo mais um elemento estressor que pode ampliar o sofrimento psíquico do estudante.

Diante disso, é importante destacar que a atuação do tutor é tão importante quanto a do estudante para o bom desenvolvimento da ABP. Para a condução adequada dessa metodologia, é necessário que ele conheça seu papel e tenha a habilidade para monitorar o grupo a partir das características individuais de seus membros, sob a pena de, em vez de ampliar o potencial de participação, comprometê-lo (ALMEIDA; BATISTA, 2013). Portanto, é preciso identificar a práxis pedagógica do tutor, visando à sua qualificação com o intuito de possibilitar o uso de ações psicoeducativas e estratégias pedagógicas que resultem em melhora do processo ensino-aprendizagem nesse contexto, evitando ou minimizando prejuízos no desempenho acadêmico. Caso contrário, o tutor pode servir de gatilho disparador e contribuir para a manifestação de sintomas desse transtorno por exigir do estudante postura ativa diante do processo de construção do conhecimento, colocando-o em frequentes situações de exposição sem preparação prévia.

Apesar da importância do tema, apenas um estudo investigou o Impacto da Metodologia Ativa de Ensino na evolução dos sintomas de ansiedade social entre os acadêmicos de medicina. Um dos aspectos abordados nesse estudo foi a evolução do TAS entre os estudantes expostos à ABP, comparado aos expostos ao método tradicional. Os autores concluíram que ações de prevenção e tratamento da saúde mental do acadêmico de medicina são necessárias, independentemente do método de ensino (REIS; et al, 2013). Fato que aponta a relevância científica deste estudo.

Com base no exposto, é necessário que haja reflexão sobre como estão acontecendo as dinâmicas nos grupos tutoriais do Curso de Medicina quanto ao uso da metodologia da ABP. Dessa forma, esta pesquisa visa investigar a prevalência de TAS nos acadêmicos de medicina expostos à ABP e os saberes e as práticas dos tutores na condução desses estudantes, na medida em que se encontram na função de facilitadores do grupo tutorial.

O desenvolvimento desta investigação científica foi motivado pela aproximação com o universo da pesquisa no cotidiano do trabalho, visto que a pesquisadora faz parte do cenário proposto pela pesquisa, como também pelo interesse pessoal em estudos relacionados a essa temática.

Essa investigação científica está de acordo com a proposta do Mestrado em Ensino em Saúde na linha de Metodologia Ativa para o Ensino em Saúde, uma vez que se fundamenta na teoria, na prática pedagógica da ABP, refletindo sobre a formação do tutor para atuar nesse contexto e no desenvolvimento de um instrumento educativo que contribua para a capacitação docente. Destarte, haverá produção de conhecimentos que contribuirão para o aprimoramento da práxis docente nesse cenário de ensino e de aprendizagem, e, conseqüentemente, para a qualidade de vida e o desempenho acadêmico dos estudantes, evidenciando, assim, a relação existente entre Saúde e Educação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar os conhecimentos, os saberes e as práticas do tutor na condução da Aprendizagem Baseada em Problemas junto a estudantes de medicina com Transtorno de Ansiedade Social.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil dos acadêmicos de medicina no que se refere à antecedentes familiares com psicopatologias, gênero, idade, situação acadêmica, estado civil, religião, pessoas com quem mora e renda familiar;
 - Estimar a prevalência de TAS em estudantes de medicina;
 - Apreender conhecimentos e percepções dos tutores acerca do TAS, com vista à identificação de necessidades de sua qualificação;
 - Identificar os aspectos envolvidos na condução da dinâmica de grupo da sessão tutoria e os sentimentos experimentados pelo tutor;
 - Elaborar um instrumento educativo que possibilite ao tutor orientar ações psicoeducativas e estratégias pedagógicas adequadas ao processo de ensino-aprendizagem em sessões tutoriais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Educação médica

O início do século XXI é marcado por um profundo e acelerado processo de mudanças no modo de vida e nas relações culturais. Os avanços tecnológicos criam novos espaços de conhecimento; a educação passa por um profundo processo de transformação, buscando a excelência na qualidade do ensino diante da necessidade de inovar para atender às constantes demandas da sociedade contemporânea. O desenvolvimento tecnológico e o rápido surgimento de novas tecnologias exigem cada vez mais profissionais ativos, criativos, críticos e reflexivos. Essas mudanças envolvem novas formas de pensar a educação, sendo necessário rever o papel do professor e do estudante no processo ensino-aprendizagem; apresentar como demanda o desenvolvimento de forma cada vez mais ampla, e tornando profunda a capacidade de pensar, agir e sentir, inerentes à condição humana. Sabe-se que, “faz parte das funções da escola contribuir para que tal desenvolvimento ocorra”. (BERBEL, 2011, p.26)

Por essa razão, o educador dos tempos atuais não pode ficar alheio a esses conhecimentos; é preciso que inove a prática pedagógica e contemple as demandas educacionais do homem contemporâneo, valorizando o diálogo, a discussão coletiva, a formação de grupos, os trabalhos em equipe, o saber compartilhado, a resolução de problemas e o pensamento crítico e reflexivo em prol da transformação social. O professor democrático precisa-se colocar na função de orientador, de mediador do conhecimento para estimular a autonomia e a capacidade crítica de seus alunos como afirma Freire (2011, p.28):

O educador democrático não pode negar-se o dever de, na sua prática docente, reforçar a capacidade crítica do educando, sua curiosidade, sua insubmissão. Uma de suas tarefas primordiais é trabalhar com os educandos a rigorosidade metódica com que devem se “aproximar” dos objetos cognoscíveis.

Ressalta-se que essas mudanças devem ir além da estrutura curricular e dos conteúdos, alcançando, também, as metodologias. A transmissão do conhecimento pelo método tradicional já não atende às demandas educacionais no contexto atual, é necessário inovar a prática pedagógica e, conseqüentemente, os

recursos didáticos. O professor deve eximir-se de mero repassador de informação para assumir um papel mais ativo, o de mediador do conhecimento. Como afirma Freire (2011, p. 62-63)

O sistema convencional de transmissão de informação por parte do professor, que parte dos estudos sobre livros-textos, é, hoje em dia, superado: novos meios e novos recursos técnicos cumprem melhor que os professores essa função transmissora; ao contrário disso, torna-se necessário um papel mais ativo dos professores como orientadores e facilitadores da aprendizagem. O acúmulo quase infinito de informações que os estudantes atuais recebem por dia nem sempre é bem assimilado e, por esse motivo, precisa ser bem orientado. Logo, o principal objetivo é equipar os alunos com estratégias de integração das informações.

Com essas mudanças, os estudantes do mundo contemporâneo se renovam a cada dia e adentram a universidade com uma história de vida marcada por novas e diferentes experiências, exigindo do contexto acadêmico criatividade, inovação dos processos educacionais para atender às necessidades de seu novo público. O professor, nesse contexto, precisa acompanhar as mudanças e reinventar sua prática pedagógica, tendo em vista que o modelo tradicional por si só não oferece possibilidades de atender a essa demanda. Por essa razão, a Instituição de Ensino Superior (IES) deve adequar seu Projeto Político-pedagógico à nova visão de homem e de profissional que se pretende formar. Como afirma Anastasiou (2004, p.68):

Nossa proposta situa o estudo e a análise das estratégias de ensino e de aprendizagem diretamente relacionadas a uma série de determinantes: um Projeto Político-pedagógico institucional, em que se defina a visão de homem e de profissional que se pretende possibilitar na educação superior; a função social da universidade; a visão de ensinar e de aprender; a visão de ciência, conhecimento e saber escolar; a organização curricular em grade ou globalizante, com a utilização de objetivos interdisciplinares, por meio de módulos, ações, eixos, problemas, projetos, entre outros.

A partir desta nova orientação, o ensino médico tradicional baseado no paradigma flexneriano caracterizado , segundo Lampert (2009, p.67):

a) pela predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentada em disciplinas; b) pelo fato de o processo de ensino-aprendizagem estar centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas; c) pela prática desenvolvida predominantemente no hospital; d) pela capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica; e (e) pelo mercado de trabalho referido apenas pelo tradicional consultório, [...].

O ensino médico fundamentado no paradigma flexneriano foi colocado em xeque, já que dificulta a formação geral do médico, por dar ênfase às especializações de forma muito precoce, além de seu modelo de ensino e de aprendizagem ser centrado, exclusivamente, no professor. Os fóruns de educação médica, tanto em nível nacional como internacional, revelam preocupação com a formação generalista do médico graduado, e a importância do processo ensino-aprendizagem está mais centrada no aluno e em seu papel ativo na própria formação, apresentando, assim, um novo paradigma, o da integralidade que se contrapõe ao paradigma flexneriano e que está voltado para:

a) o processo saúde-doença enfatizar mais a saúde do que a doença [...]; b) o processo ensino-aprendizagem estar mais centrado no aluno e em seu papel ativo na própria formação; c) o ensino da prática se dar no sistema de saúde existentes em graus crescentes de complexidade, voltado para as NBS, [...]; d) a capacitação docente voltar-se tanto para a competência técnico-científica quanto para a competência didático-pedagógica, e para participação no sistema único de saúde [...]; e (e) o acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho médico estar orientado pela reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e suas implicações éticas. (LAMPERT, 2009, p. 67)

O paradigma da integralidade objetiva uma formação mais contextualizada do profissional de saúde, que leve em consideração os aspectos sociais, econômicos e culturais da população. Desse modo, o profissional estaria preparado para enfrentar os problemas decorrentes do processo saúde-doença e motivado para atuar de modo interdisciplinar e multiprofissional, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). (CAMPOS; et al 2001). Neste contexto, as metodologias ativas do processo ensino-aprendizagem têm-se mostrado como uma boa alternativa para atender a essa demanda, pois propiciam a interação entre universidade e serviço, especialmente, o Sistema único de Saúde (SUS) e a comunidade. Como afirma Gomes; et al 2008:

As metodologias ativas trazem como características maiores, (1) servir para o fortalecimento da autonomia do estudante e (2) fomentar a indissociabilidade teoria-prática, estribando-se, conceitualmente, na aprendizagem significativa, consistente referencial teórico para a construção de um saudável processo e ensinar-aprender.

Desta forma, as Diretrizes Curriculares Nacional de 2014, em seu Art. 9º, recomenda:

O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. (BRASIL, 2014)

Seguindo as recomendações preconizadas pelas DCNs dos cursos de Medicina, como objetivo de promover mudanças no ensino médico, algumas alternativas metodológicas têm sido praticadas nas escolas médicas, entre elas, a *Problem Based Learning* (PBL), traduzida para Aprendizagem Baseada em Problema (ABP).

Conforme Mamede (2001), é em meio a essas transformações sociais, sanitárias e epistemológicas, ocorridas nos últimos 25 anos do século XX, que surge e se materializa a metodologia da ABP, a qual é entendida como uma estratégia pedagógica que possibilita a construção ativa do conhecimento pelo estudante por meio de problemas que são trabalhados de forma colaborativa, de modo a promover a contextualização do aprendizado.

3.2 Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) tem como principal característica a aprendizagem baseada em resolução de problemas; é um método de ensino e de aprendizagem que visa trabalhar o conhecimento, as habilidades, as atitudes e os valores. O processo de aprendizagem é centrado “no estudante, no aprender a aprender, na integração dos conteúdos das ciências básicas e clínicas, além dos conhecimentos interdisciplinares”. (MORAES, 2006, p. 126).

Ressalta-se que, apesar de seus idealizadores não terem evidenciado nenhuma teoria específica, esse método de ensino-aprendizagem fundamenta-se na teoria racionalista de conhecimento, que tem como base que o conhecimento é decorrente da capacidade de pensar, de deduzir. Entre as teorias idealizadas, destaca-se a teoria de Ausubel (aprendizagem significativa), Bruner (motivação epistêmica), Dewey (aprendizagem intrínseca ou autônoma), Piaget (interação social), entre outras, que dão destaque ao processo de aprendizagem a partir da construção do conhecimento pelo próprio sujeito, retirando o professor do lugar de mero transmissor para facilitador do processo ensino-aprendizagem. Acredita-se, no

entanto, que a ideia da utilização do problema como recurso pedagógico é de Dewey, visto que ele tem a função de iniciar o processo de aprendizagem, pois enfatiza a importância de aprender em resposta a situações da vida real (RIBEIRO, 2008).

Dewey (1979, p.24) deixa claro com suas análises que, ao se entender o ensino como restrito ao acúmulo de conhecimento ou simplesmente ao ato de pensar, favorece-se o pensamento superficial em detrimento do mais profundo. Para o autor, não existe uma única forma de pensar e, sim, maneiras variadas e diferentes, que provocam sugestões relacionadas com o problema e direcionam a uma conclusão. Acrescenta, ainda, que o pensamento reflexivo é um esforço voluntário que leva o aprendente à indagação, à investigação, à ação e à descoberta. Nesse sentido, o ato central do pensar reflexivo acontece a partir de uma situação-problema, com a finalidade de investigar, questionar, elaborar para encontrar a solução da resposta. Em contrapartida, o pensamento reflexivo não se resume a um conjunto de passos a serem seguidos, mas a uma forma de enfrentar e responder os problemas, as dificuldades.

A verdadeira liberdade é intelectual, argumenta Dewey (1979, p. 96, grifo do autor):

[...] reside no poder do pensamento exercitado, na capacidade de *virar as coisas ao avesso*, de examiná-las deliberadamente, de julgar se o volume e espécie de provas em mãos são suficientes para uma conclusão e, em caso negativo, de saber onde e como encontrar tais evidências.

Diante das considerações apontadas por Dewey (1979), pode-se entender que o processo de ensino e de aprendizagem, de acordo com sua concepção, ocorre a partir de uma compreensão de que o saber é formado por conhecimentos e vivências que se entrecruzam de forma dinâmica. Nessa dialética, a visão do facilitador é sintética e a do estudante sincrética. Dessa forma, tanto a produção do conhecimento como a aprendizagem são coletivas.

Conforme Bruner (1976 apud MARQUES, 1998), o sujeito de aprendizagem é ativo no processo de aprendizagem, tem a capacidade de selecionar e transformar o conhecimento assimilado; é capaz de levantar hipóteses e de fazer descobertas pessoais, além de compartilhar o conhecimento com os agentes educativos.

Para Ausubel (1980), a aprendizagem ocorre a partir do esforço do aprendente, quando ele busca ancorar os novos conhecimentos aos já existentes em sua estrutura cognitiva. Para ele, a aprendizagem significativa ocorre por assimilação de novos conceitos que se ligam a pontos de ancoragem, ou seja, a conhecimentos prévios, provocando, dessa forma, modificações na estrutura cognitiva, e isso implica mudanças e não apenas acréscimos.

O aprendizado significativo acontece quando uma informação nova é adquirida mediante um esforço deliberado por parte do aprendiz em ligar a informação nova com conceitos ou proposições relevantes preexistentes em sua estrutura cognitiva. (AUSUBEL; et al., 1978, p. 159)"

A teoria de Ausubel valoriza o conhecimento, a compreensão da informação e não apenas sua memorização. A aprendizagem ocorre a partir da relação dos conteúdos que se agregam de forma hierárquica, partindo do mais simples para o mais complexo, por meio dos conhecimentos prévios, ou seja, os subsunçores (organizadores prévios), que funcionam como "âncoras" no processo do aprender.

Aprender significativamente é, pois, o grande objetivo. Os padrões dogmáticos de uma educação disciplinadora e bancária são quebrados e a relação professor/aluno se transforma em uma relação mestre/aprendiz, sem a rigidez de papéis pré-fixados. Há, então, flexibilização da participação dos atores, na medida em que o aprendiz é também mestre e vice-versa. Ademais, o professor se comporta como modelo para os alunos, ao incentivá-los ao exercício da aprendizagem significativa, tendo sempre em mente que o ser humano é um sujeito inacabado — logo, em constante elaboração (GÓMEZ; et al, 2008)

A ABP foi introduzida, primeiramente, na Universidade de McMaster, no Canadá, em 1969, passando, rapidamente, a ser adotada por importantes Instituições de Ensino Superior (IES), podendo-se citar Harvard (EUA), Newcastle (México) e Maastrich (Holanda). Essa abordagem educacional foi, inicialmente, criada para o Curso de Medicina, mas, em pouco tempo, passou a ser adotada em várias áreas profissionais, tanto no nível de graduação como de pós-graduação.

A ABP tem conquistado espaço gradativamente e vem sendo implantada em várias IES do Brasil (SOUZA; DOURADO, 2015). Essa metodologia rompe com a prática pedagógica tradicional cuja produção do conhecimento pelo aluno não é estimulada, pois ele já o recebe pronto e acabado, não o investiga, não o analisa nem o questiona. Nesse novo paradigma, o aluno é incitado pelo problema que lhe é

colocado a buscar respostas para sua solução, fazendo uso de vários recursos de aprendizagem, e o tutor passa a assumir a função de facilitador do conhecimento, aquele que estimula o estudante a buscar o conhecimento, deixando para trás o papel de mero repassador de conteúdos.

No Brasil, somente a partir de 1997 é que essa nova metodologia começou a ser implantada no Curso de Medicina. As primeiras Instituições a adotar esse método foram a Faculdade de Medicina de Marília e o Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina nos anos de 1997 e 1998, respectivamente (BOROCHOVICIUS E TORTELLA, 2017).

É importante destacar que outras instituições de ensino em diversos países passaram a adotar essa metodologia ao longo do tempo, como afirma MORAES, 2006, p. 126:

Essa iniciativa acabou se propagando ao longo dos anos para outras escolas e países, incluindo 157 cursos e 126 instituições em 26 países. A ABP também é utilizada em outras áreas, com Direito, Arquitetura, Biblioteconomia e Economia.

Entendida como uma proposta pedagógica em que o estudante é o ator principal do processo ensino-aprendizagem, a ABP tem como base a solução de problemas da vida real e destaca-se como uma metodologia formativa (BORGES, 2014). O ensino e a aprendizagem ocorrem de forma cooperativa e colaborativa entre os atores educativos, dentro de pequenos grupos. O estudante analisa situações-problema bem próximas daquelas com que vai deparar-se na vida profissional, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades e competências conceituais, procedimentais e atitudinais (BOROCHOVICIUS; TORTELLA, 2014).

A aprendizagem cooperativa pode ser entendida como um método de ensino e de aprendizagem que tem o estudante e o trabalho colaborativo em pequenos grupos como centro desse processo (LEITÃO, 2006).

É importante destacar que a aprendizagem em pequenos grupos propicia o desenvolvimento de habilidades necessárias ao exercício profissional. A discussão, a troca de informações, o processo de escuta entre seus componentes favorecem a evolução de diversas competências, entre elas: a interpessoal, a comunicacional, a reflexão crítica e a capacidade de escuta (NEVE; MORRIS, 2017).

No ABP, a aprendizagem ocorre a partir da compreensão ou resolução de um determinado problema, o qual deve ser, posteriormente, explicado pelo

estudante. É o problema que direciona o processo de aprendizagem. “Os tipos de problema e as tarefas atribuídas aos estudantes estão relacionados às diferentes categorias de conhecimentos que se espera que sejam adquiridas naquele ciclo” (MAMEDE, 2001 p.36)

De acordo com Schmidt, 1983 (apud MAMEDE, 2001 p.36), os estudantes trabalham de forma organizada, seguindo uma sequência estruturada de procedimentos.

As atividades ocorrem no grupo tutorial, e, geralmente, se desenvolvem em sete passos, como mostra o quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Passos de um grupo tutorial na ABP

1. Leitura do problema, identificação e estabelecimento de termos desconhecidos.
2. Identificação dos problemas propostos.
3. Formulação de hipóteses (brainstorming).
4. Resumo das hipóteses.
5. Formulação dos objetivos de aprendizagem.
6. Estudo individual dos objetivos de aprendizagem.
7. Rediscussão do problema em face dos novos conhecimentos adquiridos.

Fonte: BORGES, M. C. et al. Aprendizado baseado em problemas. **Medicina (Ribeirão Preto)**. Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 301-7, jul.-set. 2014. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

Torna-se importante o conhecimento acerca da dinâmica de cada uma dessas etapas para melhor compreender o método de ensino e aprendizagem baseada em problemas. É a partir desses passos que o estudante traça seu plano de estudo, cria estratégias para encontrar resposta e resolver o problema, bem como formula questionamentos que possibilitam a identificação de alternativas de solução. Conquanto, é importante ressaltar que essa metodologia se resume a um conjunto de técnicas em prol da solução de um determinado problema; seus objetivos envolvem metas educacionais amplas (RIBEIRO, 2008).

O grupo tutorial é a base da ABP, sendo composto por um tutor e oito ou dez estudantes. A eles é apresentado um problema, previamente elaborado por uma equipe de docentes, e o tutor como facilitador, estimula os acadêmicos a discutir e elaborar hipóteses. Desse modo, são definidos os objetivos de aprendizagem que por sua vez impulsionam o discente para o estudo individual. Os papéis dos

integrantes do grupo que estão descritos no quadro 2 são revezados entre eles, a cada sessão tutorial, de forma que todos assumam diferentes funções.

Quadro 2 - Descrição dos papéis dos participantes do grupo tutorial na ABP

Estudante coordenador	Liderar o grupo tutorial Encorajar a participação de todos Manter a dinâmica do grupo tutorial Participar das discussões Controlar o tempo Assegurar que o secretário possa anotar adequadamente os pontos de vista do grupo
Estudante secretário	Registrar pontos relevantes apontados pelo grupo Ajudar o grupo a ordenar seu raciocínio Registrar as fontes de pesquisa utilizadas pelo grupo
Membros do grupo	Acompanhar todas as etapas do processo Participar das discussões Ouvir e respeitar a opinião dos colegas Fazer questionamentos Procurar alcançar os objetivos de aprendizagem
Tutor	Estimular a participação do grupo Auxiliar o coordenador na dinâmica do grupo Verificar a relevância dos pontos anotados Prevenir o desvio do foco da discussão Assegurar que o grupo atinja os objetivos de aprendizagem Verificar o entendimento do grupo sobre as questões discutidas

Fonte: Fonte: BORGES, M. C. et al. Aprendizado baseado em problemas. **Medicina (Ribeirão Preto)**. Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 301-7, jul.-set. 2014. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

Para que se tenha um ambiente adequado de aprendizagem, o tutor precisa possuir diversas habilidades, pois, além do conhecimento técnico-científico, deve ser munido da capacidade de guiar o processo de aprendizagem. Portanto, saber trabalhar e conduzir um grupo, ser inovador, criativo, colaborador, provocador de mudanças, possibilitando a autonomia intelectual e autoria do pensamento em

seus alunos, são características fundamentais de um tutor. Além disso, ele deve promover, no grupo tutorial, reflexão acerca da relação médico-paciente, estimulando a prática humanizada (BORGES et al. 2014).

Ressalta-se que, para a metodologia da ABP apresentar resultado satisfatório, é necessário que o tutor conheça, detalhadamente, sua estrutura pedagógica e como ocorre o funcionamento de um grupo, porque o sucesso depende de suas habilidades. Na função de facilitador do processo de aprendizagem, deve tornar cada vez menos ativa a medida que favorece o desenvolvimento da autonomia dos estudantes, sendo necessária sua formação continuada (BARROWS, 2010).

Recorrendo à teoria de Vygotsky (1991), entende-se que o tutor atua na Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) dos componentes de seu grupo tutorial, uma vez que ele contribui com suas intervenções pontuais em prol da passagem para a zona de desenvolvimento potencial. A ZDP situa-se entre a zona de desenvolvimento real, que é a capacidade de resolver um problema sem ajuda e a zona de desenvolvimento potencial, a capacidade de resolver um problema com a ajuda de uma ou mais pessoas, ou seja, ele pode ser construído.

Segundo Mamede (2001, p. 163), “uma das funções fundamentais do facilitador no PBL é estimular o pensamento crítico e o autoaprendizado entre os estudantes pela orientação em nível de metachecimento ou metacognição”. O tutor precisa viabilizar o processo de aprendizagem e conduzir o grupo para a cooperação mútua, conforme está descrito no quadro 3.

Quadro 3 - Função do facilitador na ABP

Aplicação dos 7 passos	Dinâmica de grupo
<ul style="list-style-type: none"> • Manter o fluxo da discussão • Estimular • Fazer perguntas • Prover informações • Observar e analisar • Dar <i>feedback</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar nas relações interpessoais • Assegurar a discussão de todos • Favorecer o desenvolvimento individual e do grupo

Fonte: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. **Aprendizagem Baseada em Problemas**: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Hucitec, 2001.

A interação dos componentes no contexto grupal em que a aprendizagem é compartilhada pela descoberta pode ser entendida pelo pensamento de Paulo Freire e teoria de Lev Semenovich Vygotsky. De acordo com Freire (1996), a educação para libertação tem como fundamento a comunhão entre homens e mulheres. Para Vygotsky, o desenvolvimento individual e social se dá a partir da interação entre as pessoas.

É a partir da relação entre os sujeitos e entre o sujeito com o mundo que a interação se estabelece, e elas são indissociáveis. Como afirma Freire (2002, p.68): “Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.”

Segundo Vygotsky (1991), o conhecimento se constrói a partir da mediação entre os sujeitos de aprendizagem por meio de uma ação partilhada. Por esse motivo, a interação social é determinante no processo de aprendizagem. O grupo formado de sujeitos com características diferentes fortalece o diálogo, a troca de conhecimentos e, conseqüentemente, as capacidades individuais de seus componentes.

Dessa forma, o tutor precisa ter conhecimento e domínio para desenvolver atividades no grupo. No Quadro 4, encontram-se de forma sintética os aspectos relacionados aos domínios necessários ao trabalho em grupo.

Quadro 4 – Domínios necessários ao trabalho em grupo na ABP

(continua)

Definição	Aspectos que constituem os conteúdos de aprendizagem do trabalho em grupo	
Capacidade de mobilizar os recursos coletivos do grupo para aumentar a aprendizagem de todos os seus membros.	Conceituais	Conhecer dinâmicas de grupo. Saber trabalhar com grupos. Saber ensinar os estudantes a trabalhar em grupo.
	Procedimentais	Ajudar os estudantes a se estabelecerem no grupo. Assegurar a confiança do grupo. Aplicar normas de funcionamento do grupo.

(conclusão)

Definição	Aspectos que constituem os conteúdos de aprendizagem do trabalho em grupo	
		Participar da dinâmica de cada grupo. Promover um ambiente harmonioso que propicie a aprendizagem.
		Guiar o trabalho do grupo. Gerenciar as dinâmicas interpessoais. Evitar críticas e rótulos aos estudantes. Promover a interação entre os membros do grupo. Fortalecer o sentimento de cooperação. Diversificar as atividades no trabalho em grupo.
	Atitudinais	Disponibilizar-se para ajudar os estudantes. Ter respeito pelos estudantes. Comprometer-se com a aprendizagem dos estudantes. Ser empático com os estudantes. Coaprender. Autocontrolar-se para não dominar a discussão no grupo e resistir à tentação de incorrer no método tradicional “dar aula”.

Fonte: CASALE, A. **Aprendizagem Baseada em Problemas**: desenvolvimento de competências para o ensino em engenharia. 2013. 162 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção)-Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2013.

O trabalho em grupo requer habilidade para motivar os recursos coletivos e favorecer a aprendizagem coletiva. Para isso, é necessário que o facilitador tenha conhecimentos não apenas acerca dos conteúdos conceituais, mas também dos procedimentais e atitudinais (CASALE, 2013).

O facilitador deve oferecer condições aos estudantes não apenas para encontrarem a solução de um determinado problema, mas também para se firmarem e trabalharem em grupo, compartilhando seus conhecimentos e contribuindo para a

construção da aprendizagem colaborativa e, conseqüentemente, para a formação pessoal e social. Dessa forma, um clima colaborativo produz valores entre os estudantes que compõem o grupo, desenvolvendo neles a capacidade de escuta, a solidariedade, a aptidão para corrigir-se mutuamente e estabelecer respeito pelo ritmo de aprendizagem de cada um. Nesse sentido, acredita-se que a aprendizagem colaborativa decorrente do trabalho em grupo é um processo de mudança cultural; e o professor-tutor é o responsável por essa mudança quando, no espaço acadêmico, facilita a aprendizagem por meio de metodologias ativas, entre elas, a ABP (BARRETT; MOORE, 2011).

Em virtude da importância desse processo pedagógico, os tutores precisam ser capacitados para a dinâmica de grupo. Pesquisa desenvolvida em Masstriht acerca das habilidades de dinâmica de grupo dos tutores para atuação na ABP aponta que aqueles que possuem habilidades de dinâmica de grupo são mais bem avaliados pelos estudantes quando comparados aos que não possuem tais habilidades (DOLMANS, 2001 apud GOMES, 2010).

O sistema de avaliação do aprendizado de um programa educacional baseado em problemas, como é o caso da ABP, deve ser coerente com os processos inovadores característicos dessa metodologia. Mamede (2001 p. 186) aponta que é necessário que haja diretrizes que permitam identificar “a natureza e a extensão do desenvolvimento do estudante durante e após o seu treinamento”.

Na literatura, é possível encontrar alguns tipos de avaliação que visam a um sistema de avaliação mais completo, como: avaliação de situação, avaliação somativa ou certificativa e avaliação formativa (MAMEDE, 2001).

A avaliação de situação busca identificar a performance inicial do estudante quanto a seus conhecimentos, habilidades, interesses, comportamentos, ou seja, sua posição dentro daquele contexto de aprendizagem, naquele momento (MAMEDE, 2001).

A avaliação somativa é usada para a obtenção de graus e notas, geralmente ocorre ao final de unidade ou curso. Ela é pontual, informa, situa e classifica. Os objetivos instrucionais definem as técnicas de avaliação, que podem ser testes de aquisição de conhecimentos, escalas de mensuração, relatórios, entre outras (MAMEDE, 2001).

A avaliação formativa tem como finalidade monitorar o progresso da aprendizagem continuamente. Seu propósito é oferecer *feedback* tanto para o

estudante quanto para o tutor acerca dos sucessos e das falhas no processo de aprendizagem, possibilitando correções em erros observados; tem também função reguladora, pois permite ajustes nas estratégias e nos dispositivos. Esse tipo de avaliação permite intervenções direcionadas, respeitando as características e progressões individuais. Por seu intermédio, o professor se apropria de informações não apenas das habilidades cognitivas, mas também das atitudes e aptidões de seus aprendentes, como afirma Troncon (1996, p.430):

A avaliação formativa é aquela realizada, regular e periodicamente, ao longo do processo educacional, para obter dados sobre o progresso conseguido e, deste modo, efetivar a oportuna correção das distorções observadas, preencher as lacunas detectadas, bem como reforçar as conquistas realizadas. Uma importante característica deste tipo de avaliação é o “feedback” imediato que deve ser fornecido ao estudante, de modo a poder configurar o processo de obtenção de dados como genuína atividade educacional. Em determinadas circunstâncias, a aplicação repetida de métodos de avaliação formativa pode fornecer resultados indicativos da ocorrência de problemas ou dificuldades específicas de aprendizado. Nestes casos, podem ser empregados recursos de avaliação diagnóstica para a detecção, confirmação e caracterização destes problemas, de modo a se dispor de dados para a sua solução.

A avaliação do estudante no contexto do grupo tutorial é de suma importância. Os componentes do processo avaliativo são: avaliação da base de conhecimentos; do processo de raciocínio, das habilidades de comunicação e das habilidades de avaliação, descritas a seguir (MAMEDE, 2001 p 197):

Avaliação da Base de Conhecimentos dá-se por meio da discussão de um problema. O facilitador poderá avaliar este aspecto de forma individual e coletiva, a partir de suas impressões sobre o desempenho dos estudantes nas sessões tutoriais, verificando o esforço na identificação de material bibliográfico relevante, a assimilação de novos conhecimentos, entre outros aspectos. A dificuldade, neste caso, é a de transformar as percepções em critérios de avaliação. Para isso, são utilizados alguns recursos como *checklists*, relatórios de ciclos tutoriais realizados preparados pelos estudantes e autoavaliação, em que as lacunas de base de conhecimento são identificadas pelo próprio estudante.

A Avaliação do Processo de Raciocínio é um aspecto que pode ser avaliado quando o facilitador investiga a capacidade do estudante em embasar seus conceitos com raciocínio e evidência, ou seja, a partir da habilidade que ele tem de reconhecer seus limites de conhecimento.

No processo de Avaliação das Habilidades de Comunicação, as habilidades de comunicação do estudante no grupo devem ter igual valor quando comparadas às habilidades na área cognitiva. Saber ouvir criticamente os colegas, demonstrar interesse em auxiliá-los, apresentar suas ideias de forma lógica, concisa e ordenada, utilizando recursos ilustrativos, são aspectos que devem também ser avaliados.

Na Avaliação das Habilidades de Avaliação, a própria capacidade do estudante em avaliar deve ser avaliada. A habilidade em aderir a autoavaliação e a avaliação de seus pares são de grande importância. O facilitador é visto como elemento principal nesse processo avaliativo. A união dos resultados obtidos no processo de avaliação no grupo tutorial aliada a seu desempenho em outras formas de avaliação asseguram uma visão mais ampla da performance do estudante tanto para fins certificativos quanto formativos.

O tempo prolongado de convivência entre facilitador e estudantes no grupo tutorial não pode ser entendido como suficiente em uma avaliação efetiva, sendo necessários a capacitação e o treinamento dos tutores para avaliar o desempenho dos estudantes (OLIVEIRA, 2009).

Sabe-se que a aprendizagem colaborativa é um elemento central da ABP, e isso demanda práticas e dinâmicas de grupo. As práticas ideais para a aprendizagem colaborativa incluem a discussão e a negociação, enquanto as dinâmicas de grupo envolvem a cooperação e o engajamento. Desse modo, todos os membros do grupo devem participar igualmente. Algumas vezes, o facilitador pode deparar-se com um grupo que não funciona adequadamente em razão da presença de estudantes silenciosos, os quais podem ter sua aprendizagem prejudicada em razão dessa condição. Estudos realizados sobre essa temática enquadram esses estudantes como aqueles que apresentam uma “disfunção do comportamento”, e, por essa razão, esse fato estaria associado a fatores individuais trazidos para o grupo tutorial (SKINNER, 2016).

Do mesmo modo, divergências e dificuldades no processo de integração no trabalho em grupo sempre ocorrerão, em razão de possíveis comprometimentos no desenvolvimento de competências colaborativas (SAVIN-BADEN & MAJOR, 2004; CARVALHO, 2009). Assim, estar capacitado para conduzir a dinâmica de grupo como também para perceber a dificuldade vivenciada pelos integrantes é condição fundamental para a atuação do tutor.

Identificar as causas de um estudante silencioso não é uma tarefa fácil. O tutor deve procurar buscar conhecer as razões deste comportamento para melhor ajudá-los e não rotulá-los como deficientes no aprendizado uma vez que a avaliação do ABP tende a valorizar os alunos dominantes, que participam ativamente das discussões. É necessária a análise criteriosa do silêncio, pois pode ser, em alguns casos, um sinal de participação que ajuda na construção conjunta do conhecimento e na dinâmica do grupo tutorial, ou seja, o silêncio pode ser retratado como um fenômeno positivo e construtivo (SKINNER, 2016)

Diante da importância do manejo adequado do estudante silencioso na condução das sessões tutoriais, o facilitador deve saber identificar a causa do silêncio, visto que ele pode estar diante de um sujeito introvertido, tímido, autista, com transtorno de ansiedade social, entre outros.

3.3 Transtorno de Ansiedade Social – TAS

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também conhecido como Fobia Social (FS), é uma condição na qual o indivíduo se esquia de situações sociais pelo receio de ser avaliado negativamente. Caracteriza-se pela presença de medo acentuado diante de situações sociais ou de desempenho, o que leva o sujeito a comportamento de fuga ou esquia e, conseqüentemente, causa prejuízo em sua vida social, acadêmica e profissional (AMERICAN PSYCHIATRIA ASSOCIATION, 2014).

Segundo Muller (2015), o TAS pode ser classificado, a partir do nível de comprometimento socioprofissional, em fobia social discreta e específica ou não generalizada, a qual, em geral, restringe-se a algumas situações sociais como por exemplo o medo de falar em público; e a fobia social complexa ou generalizada, essa considerada a mais grave e abrangente, mais limitante e de longa duração.

Conforme Picon; et al. (apud KNAPP, 2004), o transtorno de ansiedade social ou fobia social tem curso crônico, apresenta-se como potencialmente incapacitante e com alto índice de comorbidade, embora ainda seja subdiagnosticado e, por vezes, negligenciado.

O TAS é entendido como um problema de saúde mental por ser um transtorno de ansiedade que incapacita o indivíduo afetado, gerando sofrimento psíquico, conforme afirma Assunção Júnior (2014, p.163):

A fobia social tem sido considerada um grave problema de saúde mental por sua alta prevalência e pelas incapacidades decorrentes no desempenho e nas interações sociais. Conforme seus critérios diagnósticos, os indivíduos com fobia social manifestam medo excessivo, persistente e irracional de serem vistos comportando-se de modo humilhante ou embaraçoso – e de conseqüentemente desaprovação ou rejeição por parte dos outros.

Como característica principal, pode-se destacar o medo excessivo e persistente da avaliação negativa em situações sociais. O indivíduo com esse transtorno tem receio de ser visto como incapaz, fraco, incompetente e, por essa razão, teme ser criticado e rejeitado (DUMAS, 2011). O transtorno se inicia precocemente, geralmente na infância ou na adolescência, e tem curso contínuo (BARLOW, 2009).

O indivíduo com ansiedade social que se limita ao medo de desempenho geralmente sofre mais prejuízos em sua vida profissional, como consta no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIA ASSOCIATION, 2014, p. 203):

Os indivíduos com transtorno de ansiedade social do tipo somente desempenho tem preocupações com desempenho que são geralmente mais prejudiciais em sua vida profissional ou em papéis que sugerem falar em público. Os medos de desempenho também podem se manifestar em contexto de trabalho, escola ou acadêmicos nos quais são necessárias apresentações públicas regulares.

É perceptível que existem semelhanças nos traços de personalidade dos sujeitos que apresentam sintomas de ansiedade social. Em geral, são pessoas que tiveram ou têm uma educação rígida, dirigida por regras; preocupam-se de forma acentuada com o julgamento do outro; são perfeccionistas e possuem senso de responsabilidade elevado (BALLONE, 2007).

Os critérios diagnósticos para o TAS, de acordo com o DSM-5, estão listados no quadro abaixo (Quadro 5).

Quadro 5 - Critérios Diagnósticos do DSM 5 para Transtorno de Ansiedade Social

(continua)

Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social)	
Critérios Diagnósticos	300.23 (F40.10)
A. O medo ou a ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações	

(conclusão)

sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras). (conclusão)

Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, e não apenas em interações com adultos.

B. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (i.e., será humilhante ou constrangedor; provocará a rejeição ou ofenderá a outros).

C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade.

Nota: Em crianças, o medo ou a ansiedade podem ser expressos por meio do choro, ataques de raiva, imobilidade, comportamento de agarrar-se, encolhendo-se ou fracassando em falar em situações sociais.

D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.

E. O medo ou a ansiedade são desproporcionais à ameaça real apresentada pela situação social e pelo contexto sociocultural.

F. O medo, a ansiedade ou a esquiva são persistentes, geralmente durando mais do que seis meses.

G. O medo, a ansiedade ou a esquiva causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

H. O medo, a ansiedade ou a esquiva não são consequências dos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, abuso de drogas, medicações, etc.) ou de outra condição médica.

I. O medo, a ansiedade ou a esquiva são mais bem explicados pelos sintomas de outro transtorno mental, como o Transtorno do Pânico, o Transtorno Dismórfico Corporal ou Transtorno do Espectro Autista.

J. Se outra condição médica (por exemplo, doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimadura ou machucados, etc.) está presente, o medo, a ansiedade ou a esquiva são claramente não relacionados ou excessivos.

Especificar se:

Somente desempenho: se o medo é restrito a falar e atuar em público.

Percebe-se que os critérios diagnósticos para o TAS apresentados pelo DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIA ASSOCIATION, 2014) mostram semelhanças com os definidos pelo DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIA ASSOCIATION, 1994). No entanto, é possível identificar distinção entre crianças e adultos, como também em relação à generalização da persistência dos sintomas por mais de seis meses; antes essas características atingiam apenas indivíduos menores de 18 anos.

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993), as pessoas com fobia social geralmente apresentam sintomas fisiológicos como rubor facial, tremor das mãos, náuseas ou urgência miccional, além de baixa autoestima e medo de críticas; podendo haver uma evolução na intensidade desses sintomas progredindo para uma crise de pânico.

O medo e a ansiedade elevados perante situações sociais que colocam o indivíduo sob a possibilidade de ser avaliado por outros, é condição imprescindível para o diagnóstico de TAS. Essa condição leva-o frequentemente a evitar a situação temida ou a suportá-la com níveis elevados de medo ou ansiedade (AMERICAN PSYCHIATRIA ASSOCIATION, 2014).

A comorbidade com outras psicopatologias, como uso abusivo de substâncias, transtorno do humor, outros transtornos de ansiedade, transtornos alimentares e outros, pode ser considerado como um dos motivos para a dificuldade de seu diagnóstico (SHNEIER; SOCHA, 2010). Por essa razão, todos os critérios indicados no DSM-5 devem ser considerados em sua íntegra.

Estudos epidemiológicos realizados acerca do TAS em culturas distintas apontam que o sexo feminino apresenta maior probabilidade para este quadro quando comparado ao sexo masculino; porém, esses resultados não fecham em si (COMER; OLFSON, 2010). Em geral, a prevalência é maior no sexo feminino do que no masculino, em uma proporção de 1,5 ou 2,2 mulheres para cada homem, e elas apresentam maior comorbidade com transtorno bipolar, depressivo e outros transtornos de ansiedade (AMERICAN PSYCHIATRIA ASSOCIATION, 2014).

A etiologia do TAS está associada a um quadro multifatorial e pode-se apresentar de forma diversa para cada indivíduo. Os principais fatores para sua manifestação não foram ainda esclarecidos. No entanto, tem-se conhecimento de que estão envolvidos os fatores genéticos e neurobiológicos, além das experiências de vida (FUMARK 2009 apud PEREIRA, 2012).

Os sintomas podem surgir desde o início da infância, desencadeados por uma vivência de estresse ou de humilhação, ou aparecer aos poucos, paulatinamente. De modo raro, tem início da vida adulta e, quando isso ocorre, provavelmente tem relação com experiências negativas de estresse ou humilhação, como também exigências de novos papéis sociais (APA, 2014). Seu curso é contínuo e crônico, com elevados índices de comorbidade, incapacitante, interferindo, significativamente, na qualidade de vida do indivíduo (PICON, 2006). O prejuízo na vida familiar, profissional, social e educacional depende dos agentes estressores e das exigências da vida em suas diferentes esferas (RAMOS, 2011).

Nos Estados Unidos, 35 milhões de pessoas são afetadas pelo TAS (WAGNER; WAHL; CECCONELLO, 2014 apud BARLOW; DURAND, 2008) com prevalência estimada em 7% (APA, 2014). Estudo realizado em Bambuí, Minas Gerais (VORCARO; et al, 2004), apontou alta prevalência desse transtorno em 11,8% ao longo da vida das pessoas. No Estado de São Paulo, estudo revelou prevalência em 5,6% ao longo da vida (VIANA & ANDRADE, 2012). Esses estudos mostram que os índices se aproximam para mais ou para menos quando comparados aos dos países desenvolvidos. No entanto, não há, no Brasil, dados estatísticos atualizados acerca da prevalência desse transtorno em razão do poucos estudos.

As pesquisas sobre ansiedade social têm revelado que as pessoas com esse transtorno relatam grandes prejuízos nas esferas profissional, acadêmica e social, em razão de seus medos. Esse transtorno tem seu início na infância ou na adolescência e, geralmente, tem um curso contínuo. No entanto, “a maioria dos indivíduos com transtorno de ansiedade social não busca tratamento a menos que desenvolva outro transtorno.” (BARLOW, 2009, p.132),

Conforme D’el Rey (2005), a fobia social tem como manifestação mais comum o medo de falar em público, sendo, atualmente, frequente em uma parcela significativa dos estudantes universitários.

O interesse por TAS no contexto universitário vem crescendo nos últimos anos, em razão de sua elevada prevalência nessa população. Incapazes de enfrentar situações de exposição e de suportar o sofrimento psíquico gerado por sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais, alguns alunos acabam por abandonar o curso. Figueredo e Barbosa (2008), ao investigarem a fobia social em

estudantes universitários, constataram que falar em público é a situação geradora de estresse que mais serve de gatilho disparador dos sintomas.

Segundo Figueredo e Barbosa (2008), entre os transtornos de ansiedade, os mais comuns são as fobias, destacando-se o TAS como a mais limitante, condição que é encontrada com frequência na população universitária. Essa condição pode comprometer o desempenho acadêmico do estudante, em razão das exigências relacionadas, nesse contexto, às atividades inerentes ao processo ensino-aprendizagem como interação social, apresentação de trabalhos, realização de estágios, entre outras. Em alguns casos, o estudante pode desistir de uma disciplina ou, até mesmo, do curso em razão do desconforto gerado pelo elevado nível de ansiedade (BARLOW, 2008).

De acordo com Marafanti; et al. (2013), a ansiedade é um estado emocional que apresenta componentes de ordem psicológica e fisiológica, e, quando ocorre dentro de padrão de normalidade, assume um papel fundamental, pois impulsiona o indivíduo a um melhor desempenho. De outro modo, quando se apresenta de forma excessiva e desproporcional à situação a ser vivenciada, passa a ser patológica, pois interfere negativamente. Segundo os autores, os transtornos de ansiedade são encontrados de forma frequente na população de um modo geral; entretanto, estudos têm indicado que os acadêmicos de medicina apresentam níveis mais elevados ao serem comparados com essa população.

Estudos acerca dessa temática relacionada ao impacto na vida acadêmica vêm crescendo e demonstrando prejuízos em uma parcela significativa da população universitária, entre eles pode-se citar: Meotti e Mahl (2015), Marafanti; et al (2013), Nascimento (2013), Reis; et al (2013), Figueiredo e Barbosa (2008).

A ansiedade é vivenciada por uma parcela representativa dos estudantes no contexto acadêmico. Parte deles pode ter ansiedade social, resultando em consequências mais graves quando comparada aos que não a apresentam, uma vez que as crenças relacionadas a seu desempenho social são negativas (WAGNER; WAHL; CECCONELLO, 2014). Diante disso, eles podem tornar-se susceptíveis a um quadro depressivo (SAILER; HAZLET-STEVEN, 2009).

A publicação de estudos sobre o TAS no contexto acadêmico vem ganhando atenção e espaço, mas ainda apresenta carência (WAGNER; WAHL; CECCONELLO, 2014).

De acordo com Baldassin; et al. (2006), a dinâmica do Curso de Medicina já é vista como agente estressor que interfere de forma negativa na saúde mental do estudante, podendo desenvolver nele doenças, entre elas a depressão, que, de um modo geral, tem relação com a ansiedade.

Estudos realizados com estudantes de medicina evidenciam alta incidência de sintomas de ansiedade, depressão, sofrimento psíquico ou transtorno mental comum (BALDASSIN, 2010; FIOROTTI, et al., 2010). Esses estudantes enfrentam, desde o ingresso na faculdade, um ambiente de muitas expectativas e exigências. As peculiaridades do curso expõem esses acadêmicos a confrontos e desafios para os quais, na maioria das vezes, não estão preparados. O resultado de um estudo realizado por Zaid et al. (2007), com uma amostra de 292 estudantes de medicina de uma universidade privada da Malásia, revelou que 46,2% apresentam algum tipo de transtorno mental.

No que concerne aos estudos realizados com estudantes de medicina de diferentes universidades públicas brasileiras, observa-se elevada prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC). A Universidade Federal da Bahia aparece com a prevalência de 29,6% (ALMEIDA; et al., 2007); a Universidade Federal de Pernambuco, com 34,1% (FACUNDES; LUDMIR, 2005) e a Universidade Federal da Paraíba, com 33,6% (ROCHA; SASSI, 2013).

Além desses índices, poucos são os estudos sobre a prevalência do Transtorno de Ansiedade Social (TAS), em estudantes de medicina (BAPTISTA; et al, 2012). Até o presente momento, apenas um estudo internacional (LIAO; et al, 2010) avaliou a prevalência de sintomas de transtorno de ansiedade social (TAS) e fatores associados em amostra exclusiva de estudantes de medicina. No Brasil, existe apenas uma investigação dessa prevalência. Baptista; et al. (2012) encontraram uma prevalência de 11,6% de fobia social (FS) em uma população de 2.319 estudantes universitários de cursos distintos, entre eles os de Medicina, em duas universidades públicas e uma privada do interior do Estado de São Paulo.

O currículo do curso médico, ao adotar a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problema como uma das estratégias pedagógicas do processo ensino-aprendizagem, a fim de desenvolver habilidades e atitudes que propiciem um exercício profissional em consonância com as demandas atuais do processo saúde-doença, exige do estudante competência na área comunicacional e social. Esse novo modelo de aprendizagem, diferente do tradicional, coloca o acadêmico em

situação de exposição, visto que a forma de avaliação, além de cognitiva, é também formativa, considerando como critérios avaliativos as competências no que diz respeito às habilidades, às atitudes, à comunicação, ao senso crítico, entre outros (SILVA; et al., 2007).

Com relação a esse contexto, encontrou-se na literatura apenas um estudo que investigou o Impacto da Metodologia Ativa de Ensino, particularmente da ABP, na evolução dos sintomas de TAS entre os acadêmicos de Medicina quando comparados aos expostos ao modelo tradicional (REIS et al., 2013). Os autores concluíram que não há distinção quanto à evolução dos sintomas de ansiedade social entre os métodos, sendo necessária a implantação de ações de prevenção e de tratamento da saúde mental do acadêmico de Medicina, independentemente do método adotado para o processo ensino-aprendizagem.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Aspectos éticos

Este estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Christus – Unichristus em 13 de junho de 2016 (Processo CEP: 54406216.9.00005049) (Anexo A)

Seguindo os princípios que regem a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), referentes à ética em pesquisa com seres humanos, foi entregue aos sujeitos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), em duas vias, momento no qual justificativas, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo foram explicados. Após os esclarecimentos, participaram apenas aqueles que assinaram o TLCE. Os participantes foram informados de que a não participação não resultaria em qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento, e que estava assegurado o anonimato e o sigilo das informações.

4.2 Tipo de estudo

Estudo transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa e qualitativa. A escolha por uma linha de pesquisa mista visa à necessidade de trabalhar os dados não apenas de forma estatística, reduzindo-os à operacionalização das variáveis, mais de tratá-los, também, por meio de representações psíquicas e sociais, valores, crenças, percepções, ponto de vista, vivências, experiências de vida, entre outras características da pesquisa qualitativa (MINAYO, 2010).

4.3 Local do estudo

O presente estudo foi realizado com estudantes do Curso de Medicina do Centro Universitário Christus (Unichristus), Campus Parque Ecológico, localizado na Rua João Adolfo Gurgel, 133, Papicu – Cep.: 60190 – 060 / Fortaleza – CE.

A Unichristus se caracteriza como uma Instituição de Ensino Superior privada que oferece os seguintes cursos de graduação: Arquitetura, Biomedicina,

Ciências Contábeis, Direito, Enfermagem, Engenharia Civil, Engenharia de Produção, Fisioterapia, Gastronomia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Radiologia (Graduação Tecnológica) e Sistemas de Informação; além de cursos de pós-graduação *latu-senso* e *stricto-senso*.

A pesquisa foi conduzida em duas fases, com amostras distintas. O período de coleta de dados da primeira fase (aplicação de questionário, escala e inventário) ocorreu nos meses de agosto e setembro do ano de 2016, e a segunda fase (aplicação de Grupo Focal) no mês de setembro do ano 2017.

4.4 Fase 1

4.4.1 População e amostra

Nesta fase, a amostra para o estudo foi composta por 431 estudantes matriculados no Curso de Medicina da Unichristus. Os critérios de inclusão foram estudantes de ambos os sexos, regularmente matriculados do primeiro ao quarto ano no Curso de Medicina e em pleno exercício de suas atividades acadêmicas, os quais aceitaram participar do estudo e assinaram o TCLE. Os critérios de exclusão foram preenchimento incorreto ou incompleto dos instrumentos.

4.4.2 Instrumentos

Foram utilizados como instrumentos de pesquisa:

1. Questionário de identificação: composto por treze (13) itens que visam à caracterização sociodemográfica dos estudantes e a identificação de antecedentes familiares com psicopatologias. (Apêndice B)

2. Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory* - BAI) elaborado por Beck; Steer; Carbin (1988) e validado em Português do Brasil por Cunha (2001), é uma escala autoaplicada que verifica a intensidade de sintomas de ansiedade. O sujeito avalia, em uma escala de quatro pontos, a percepção de seu nível de ansiedade em 21 situações estimuladoras de sintomas de ansiedade. Obtém-se o escore total a partir do somatório dos escores dos 21 itens. O nível de ansiedade total é, então, classificado em: nível mínimo (0-7 pontos), leve (8-15

pontos), moderado (16-25 pontos) e grave (26-63 pontos) (CUNHA, 2001). (ANEXO B)

3. Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (Liebowitz Social anxiety Scale LSAS-SR) desenvolvida por Liebowitz (1987). A LSAS-SR, validada por Santos (2012), visa a identificar as interações sociais e as situações de desempenho que o indivíduo com TAS teme ou evita. A escala se constitui de 24 itens, subdivididos em duas subescalas, uma referente ao medo e à ansiedade experimentada composta por 11 itens, e a outra relacionada ao comportamento de evitação diante dessas situações, constituída de 13 itens. Os itens para a classificação do medo devem considerar quatro opções de valores que vão de 0 a 3 pontos (0 = nenhum, 1 = pouco, 2 = moderado e 3 = profundo). Para o comportamento de evitação/esquiva, outras quatro opções são usadas (0 = nunca, 1 = ocasionalmente, 2= frequentemente e 3 = geralmente). (ANEXO C).

O escore total, resultado do somatório da pontuação nas duas subescalas, (ansiedade/medo e frequência do evitamento da situação) é considerado como uma medida para indicação do TAS. A nota de corte utilizada na identificação do estudante com TAS foi de 32 pontos, pois, de acordo com (SANTOS, 2012), preserva a qualidade dos padrões nos parâmetros avaliativos.

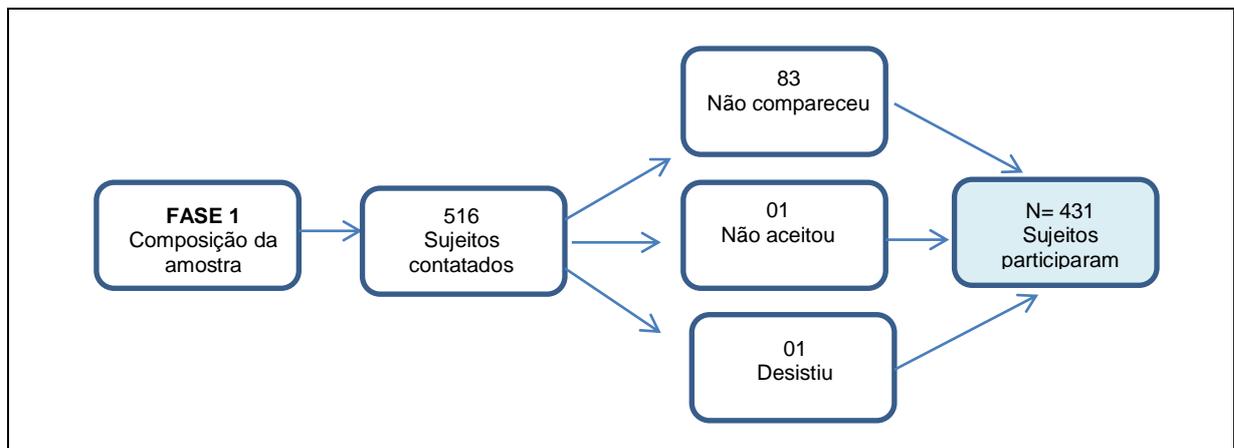
4.4.3 Procedimento de coleta de dados

Após a autorização para a realização da pesquisa pelo Centro Universitário Christus - UNICHRISTUS, solicitou-se autorização da Coordenação de Metodologias Ativas (ABP) para a aplicação dos instrumentos em dias de aulas nas tutorias, momento no qual os estudantes se reuniram de acordo com o semestre em curso, em única sala de aula. Após a explicação do objetivo do estudo e aceitação formal para a participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi entregue aos participantes, primeiramente, o questionário de identificação (sóciodemográfico). Ao término do preenchimento, foram entregues e dadas as instruções para o preenchimento do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e, posteriormente, para a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale – LSAS). O tempo médio para o preenchimento dos questionários foi de 30 minutos.

A coleta foi realizada em quatro dias. Dos sujeitos contatados (516), um total de 431 concordou em participar do estudo. Destes sujeitos, 83 não compareceram, 01 não aceitou e 01 desistiu.

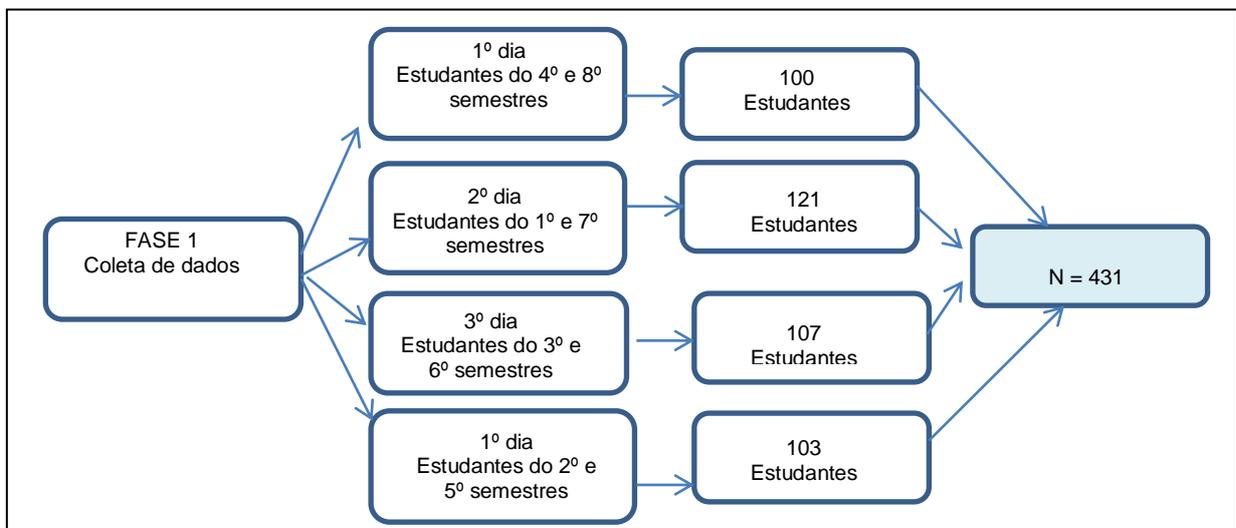
A ilustração da Figura 1 apresenta um fluxograma com os percursos para a formação da amostra.

Figura 1- Fluxograma da formação da amostra da Fase 1



A ilustração da Figura 2 apresenta um fluxograma com o processo da coleta de dados.

Figura 2- Fluxograma da coleta de dados da Fase 1



4.4.4 Codificação e tratamento dos dados

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel (2011) e exportados para o SPSS versão 20.0, em que as análises foram realizadas adotando uma confiança de 95%. Os dados foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual, e foram utilizados os testes Exato de Fisher e Qui-quadrado para a análise dicotômica e a regressão logística multinomial para a análise multivariada dos fatores influenciadores dos níveis de ansiedade na amostra estudada.

A análise descritiva da prevalência do TAS, do nível de conhecimento do tutor sobre o TAS e das variáveis independentes (características sociodemográficas e psicossociais, variáveis referentes ao semestre em curso e às manifestações de sintomas de ansiedade), foi expressa em forma de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão, medianas e faixa de variação. Para a análise comparativa entre as variáveis dos dados sociodemográficos, do semestre em curso e da prevalência do TAS, assim como a análise entre as variáveis do questionário aplicado aos tutores, foi utilizado o teste qui-quadrado, observando-se o valor de p igual ou menor a 0,05. Foram realizados testes de normalidade para as variáveis numéricas e feitos os testes de ANOVA. Foi realizada regressão logística com modelo teórico em que foram incluídas as variáveis com valor de p na análise bivariada de até 0,1. As comparações com valor de p até 0,05 foram consideradas significativas.

4.5 Fase 2

A segunda fase foi realizada em dois momentos distintos.

4.5. Caracterização da população e amostra do primeiro momento da fase 2

Os sujeitos que participaram desta fase de estudo no primeiro momento foram 47 tutores do Curso de Medicina da Unichristus. Os critérios de inclusão foram: tutores de ambos os sexos, que atuam com a metodologia ativa da ABP junto aos estudantes do primeiro ao quarto ano no Curso de Medicina, em pleno exercício de suas atividades docente, e que aceitaram participar do estudo assinando o TCLE.

Os critérios de exclusão foram preenchimento incorreto ou incompleto dos instrumentos.

4.5.2 Instrumentos

Foi utilizado, como instrumentos de pesquisa, questionário de avaliação do conhecimento sobre TAS, elaborado pela pesquisadora e composto de dez (10) itens com o fim de investigar o conhecimento do tutor sobre o TAS, o conhecimento para a identificação de estudantes com características de TAS e o conhecimento e o uso de estratégias com estudantes que apresentam essa condição. (APÊNDICE C)

4.5.3 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados deste primeiro momento foi realizada em quatro dias. Dos sujeitos contatados (64), um total de 47 concordou em participar do estudo.

A aplicação do instrumento ocorreu em dias de aulas da ABP, momento no qual os tutores foram reunidos em única sala, respeitando seus horários. Após explicação do objetivo do estudo e aceitação formal para a participação por meio da assinatura do TCLE, foi entregue aos participantes o questionário para preenchimento.

4.5.4 Codificação e tratamento dos dados

Foram realizados seguindo o mesmo padrão da Fase 1

4.5.5 Caracterização da população e amostra do segundo momento da fase 2

Os sujeitos que participaram desta fase de estudo, o segundo momento, foram 16 tutores do Curso de Medicina da Unichristus com formação distinta (Medicina, Biologia e Bioquímica) que atuam na ABP, do primeiro ao oitavo semestres. Eles foram divididos em dois grupos; o primeiro contou com nove membros, e o segundo com sete integrantes; seguindo a orientação de Malhotra (2006), a qual estabelece uma variação de 8 a 12 participantes na estruturação do grupo focal. Os critérios de inclusão foram tutores de ambos os sexos, que atuam

com a metodologia ativa da ABP junto aos estudantes do primeiro ao quarto ano no Curso de Medicina, em pleno exercício de suas atividades docentes, que aceitaram participar do estudo e assinaram TCLE. Os critérios de exclusão foram: não comparecimento e não participação nas discussões.

A amostra estudada foi constituída de 16 sujeitos, 75% do gênero feminino e 25% do gênero masculino. De acordo com os dados pesquisados acerca da formação, 56,25% são médicos, 31,25% biólogos e 12,5% farmacêuticos; em relação à titulação, independente da formação, 56,25% são doutores, 31,25% mestres e 12,5% especialistas.

Quanto ao tempo de atuação na função de tutor na metodologia da ABP, o estudo mostrou que 31,25% têm até dois anos de experiência, 47,75% possuem entre dois e seis anos, e 25% exercem esse papel há mais de seis de anos.

Quanto à formação e titulação dos sujeitos de pesquisa, os dados revelam que a proporção de mestres e doutores está adequada ao exercício da docência, como também ao tempo de experiência.

4.5.6 Instrumento

Foi utilizado, como técnica de pesquisa, Grupo Focal (GF) - A técnica do GF foi utilizada em razão de oferecer, como um dos procedimentos de coleta de dados, a possibilidade de escuta de vários sujeitos em um mesmo tempo e de analisar, por meio da observação, as interações inerentes ao processo grupal (KIND, 2004). Essa técnica consiste em entrevistas grupais que valorizam não apenas as considerações individuais, mas também os fatores decorrentes das discussões grupais que contribuem para respostas às questões da investigação (ABREU, BALDANZA ; GONDIM, 2009).

O GF é uma das técnicas utilizadas nesse tipo de investigação que permite um número reduzido de participantes, orientados por um moderador, e visa a níveis crescentes de compreensão sobre o tema estudado. Como afirma Debus (2004, p.3):

Grupo Focal é uma das principais técnicas de investigação, que se apropriou da dinâmica de grupo, permitindo a um pequeno número de participantes ser guiado por um moderador qualificado, procurando alcançar níveis crescentes de compreensão e aprofundamento de um tema em estudo.

A técnica do Grupo Focal tem como característica a diversificação da entrevista aberta, em que o grupo é estimulado ao diálogo e à discussão acerca de um determinado tema. Atividade relativamente simples e rápida, que parece atender à nova tendência de pesquisa de ensino e saúde, e que tem transitado da perspectiva do indivíduo para a do grupo social. Com características próprias, essa técnica tem-se diferenciado das demais, principalmente no que diz respeito ao processo de interação grupal, em que a “fala em debate” se sobrepõe à fala meramente descritiva ou expositiva (CARLINI-COTRIM,1996; IERVOLINO, 2001;). GONDIM, 2002).

Em geral, um grupo focal é composto de 8 a 12 membros. Um número menor ou maior pode comprometer o desenvolvimento da sessão, e ela não ser bem-sucedida. No entanto, na visão de outros estudiosos do assunto, essa quantidade varia entre 6 e 12 pessoas (MALHOTRA, 2006).

Ademais, os grupos focais têm também como característica a similitude de seus membros, no que se refere aos aspectos demográficos e socioeconômicos a fim de evitar interações e discussões secundárias, que fogem à temática. Ainda mais, a seleção de seus integrantes deve preencher critérios, como: ter vivência/experiência com o assunto a ser discutido e não ter participado de vários grupos focais (MALHOTRA, 2006).

O contexto físico é muito importante. O ambiente para a realização do grupo focal deve ser descontraído a fim de favorecer as interações e as discussões. Em vista disso, é consenso entre os autores trazidos para esta explanação que o ambiente ideal para a realização de grupos focais deve propiciar privacidade, ser confortável, estar livre de interferências sonoras e ser de fácil acesso para os participantes (GIL, 1999; VERGARA, 2004; MALHOTRA, 2006).

O contexto físico para os grupos focais também é importante. Uma atmosfera descontraída, informal, estimula comentários espontâneos. Embora um grupo focal possa durar de uma a três horas, a sessão normal, segundo diversos autores (GIL, 1999; VERGARA, 2004; MALHOTRA, 2006) dura de uma hora e meia a duas horas. Esse período é necessário para estabelecer uma relação com os participantes e explorar, em profundidade, suas crenças, sensações, ideias, atitudes e percepções sobre os tópicos de interesse. As entrevistas do tipo grupos focais são invariavelmente gravadas, em geral, em videoteipe, para reapresentação, transcrição e análise subsequente. O videoteipe tem a vantagem de registrar as

expressões faciais e os movimentos de corpo, que são informações importantíssimas para o problema estudado, mas pode aumentar os custos significativamente. O número de grupos focais que devem ser organizados sobre um único tópico de acordo com Malhotra (2006) depende: (1) da natureza do problema, (2) do número de segmentos de mercado distintos, (3) do número de novas ideias geradas por cada grupo sucessivo e (4) do tempo e do custo. Recomenda-se que, pelo menos, dois grupos sejam realizados. Os grupos focais conduzidos adequadamente podem gerar importantes hipóteses que servirão de base para a realização de pesquisa quantitativa. O moderador desempenha um papel-chave no sucesso de um grupo de focal.

4.5.7 Organização e estruturação do Grupo Focal (GF)

A organização e estruturação do GF contaram com duas sessões realizadas em grupos distintos, com um intervalo de oito dias de uma para outra. Os sujeitos da pesquisa foram tutores com características comuns, o que configurou uma amostra intencional. Os participantes dos dois grupos foram convidados inicialmente por meio de conversa informal, momento em que o convite foi realizado. Após a aceitação, formalizou-se por convite escrito, o qual informava o local, a data, o horário e a temática a ser abordada. A confirmação da presença foi realizada por telefone no dia em que antecedeu o encontro. Todos compareceram ao local no dia e horário previamente acordados.

A coordenadora do grupo, pesquisadora deste estudo, conduziu a sessão de forma imparcial, sem concordar com as opiniões dos participantes ou discordar delas. De outro modo, preocupou-se em tornar o ambiente agradável, favorecendo as discussões e a interação social. Além da coordenadora, participou um observador, por exercer papel fundamental para validar a investigação que utiliza grupo focal (KIND, DALL'AGNOL, TRENCH 2004, 1999). O observador colaborou para o desenvolvimento da sessão, controlando o tempo, monitorando o equipamento utilizado para registro, como também fazendo as anotações referentes aos aspectos não verbais e outros aspectos foram considerados importantes.

A moderadora escolhida foi uma professora que apresentava conhecimento e experiência em GF, características que são necessárias para o exercício dessa função.

As discussões realizadas nas sessões do GF foram conduzidas a partir de um guia de temas (APÊNDICE D). Esse guia de temas ou temário torna o GF mais evidente, em razão de estabelecer uma ligação entre os objetivos da pesquisa (KIND, 2004). Esse guia com questões norteadoras auxilia na condução da apresentação de temas importantes a serem discutidos; porém, é flexível, propiciando espontaneidade das discussões e possibilitando a inserção de novos questionamentos.

Os GF aconteceram nos dias 23 e 28 de setembro de 2017 e foram realizados em local adequado, em salas situadas no Centro Universitário Christus. O ambiente foi propício e de fácil acesso, oferecendo conforto e privacidade, sem interferências sonoras.

Para a coleta de dados, utilizou-se o recurso da gravação (áudio), como também as observações da coordenadora e da observadora acerca das expressões verbais e corporais dos sujeitos de pesquisa durante as sessões, a fim de colher uma transcrição de dados mais seguros.

4.5.8 Condução das sessões

A primeira e única sessão do Grupo 1 (G1) foi realizada com nove tutores do primeiro ao oitavo semestre do Curso de Medicina da Unichristus (um de cada semestre, exceto o quarto semestre do qual compareceram dois tutores), e organizada seguindo um roteiro de atividades do GF, elaborado pela coordenadora, visando à realização de todos os passos e, conseqüentemente, a diminuição da ansiedade.

O ambiente, organizado previamente para recepção dos participantes da pesquisa, foi composto por um círculo com onze cadeiras, uma mesa auxiliar na qual foram colocados os crachás, pincéis coloridos, o papel A4, as canetas e o TCLE; e uma mesa onde foi servido o *coffeebreak*.

O momento do *coffeebreak* teve como objetivo a descontração e interação entre os membros do grupo.

Finalizado este momento, a coordenadora convidou os participantes a escolherem um lugar no círculo. A moderadora deu-lhes as boas-vindas, apresentou-se e agradeceu a contribuição de todos para a realização da pesquisa. Em seguida, apresentou a observadora e explicou sua função no GF. Além disso,

discorreu acerca da técnica e seu objetivo, da dinâmica do grupo no que diz respeito à participação, às conversas paralelas, à dispersão, etc., e da utilização de gravador. A seguir propôs uma autoapresentação dos participantes. Posteriormente, foram discutidos os pseudônimos dos sujeitos a fim de se garantir o sigilo de suas identidades. Todos optaram por serem identificados como: tutor 1, tutor 2, tutor 3, tutor 4, tutor 5, tutor 6, tutor 7, tutor 8 e tutor 9. Por fim, a coordenadora expôs o tema focal da reunião: conhecimento e percepções dos tutores sobre TAS e dinâmica de grupo no contexto da ABP com estudantes de Medicina.

Dando seguimento, a coordenadora realizou a leitura do TCLE, posteriormente preenchido e assinado pelos sujeitos da pesquisa. Assim, teve início a apresentação das questões norteadoras, momento no qual a discussão foi-se desenvolvendo de forma natural. Os discursos ora se completavam, ora se dissipavam e ora eram conduzidos para nova discussão. O tempo transcorrido do início ao encerramento das discussões foi de uma hora e cinquenta minutos. Finalizada a discussão, uma síntese do conteúdo abordado foi realizada pela coordenadora. A duração total do GF foi de duas horas e 20 minutos.

De acordo com a complexidade da temática e o interesse da pesquisa, o número de encontros ou de grupos é passível de alteração após análise (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004).

Para a primeira e única sessão do Grupo 2 (G2), constituído de oito tutores do primeiro semestre do Curso de Medicina, adotou-se o mesmo modelo do G1, com os mesmos pseudônimos, acrescentando a indicação G2 para cada um deles.

A participação dos membros do G2 foi ativa e espontânea, vencendo a contenção que alguns apresentaram no início das discussões. Ao final a coordenadora organizou um resumo dos temas elucidados. A duração total desse grupo foi de duas horas.

Ao final, a pesquisadora agradeceu a contribuição de todos do grupo e questionou-os sobre suas percepções acerca do encontro, deixando-os à vontade para fazer um questionamento ou sugestões. Os participantes disseram que o encontro foi bastante rico por permitir a troca de conhecimentos e experiências, e que gostariam que esses momentos fossem frequentes, pois contribuiriam para o aprimoramento das sessões tutorais e, conseqüentemente, para a formação docente.

4.5.9 Organização e interpretação dos dados

Os dados foram analisados por meio da análise temática e tomaram como referência Minayo (2010) e Bardin (2009), por serem adequados ao discurso variável, compatível com este estudo.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa com o objetivo analítico visado. Qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamentos presentes no discurso (MINAYO, 2010, p. 316).

A análise de conteúdo é entendida como um conjunto de técnicas que visam interpretar o conteúdo manifesto das comunicações a partir de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa (BARDIN, 2009).

A análise do conteúdo deste estudo colhido no GF com os sujeitos da pesquisa teve início com a transcrição dos discursos gravados, seguida de leitura e releitura do material transcrito. A organização e apresentação dos resultados tomaram como base a construção de categorias a partir das temáticas que foram surgindo com as falas das participantes.

O tema refere-se a uma unidade de significação que se manifesta na análise de texto, considerando os critérios relacionados à teoria que guia esta leitura (BARDIN, 2009).

As categorizações são usadas para criar classificações, ou seja, reunir elementos, ideias ou expressões em torno de um determinado conceito capaz de abranger qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa (MINAYO 2010).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Análise e discussão dos dados quantitativos

Participaram deste estudo 431 estudantes homoganeamente distribuídos ao longo dos oito semestres letivos. No primeiro semestre 64 (14,9%), no segundo 55 (12,8%), no terceiro 56 (13%), no quarto 47 (10,9%), no quinto 48 (11,2%), no sexto 51 (11,8%), no sétimo 57 (13,2%) e no oitavo 53 (12,2%); com idade média de 21,4 anos (DP = 2,94), 61,5% (265) do sexo feminino. A maioria, 95,8% (413), referiu ser solteiro. Em relação à renda familiar, a média foi de 14,9 salários. No que diz respeito à moradia, 80,5% (347) declararam morar com os pais; 7,6% (33), com outros familiares; 6% (26), sozinhos; 3,2% (14), com o cônjuge ou namorado (a), 2,3% (10), com um ou mais amigos e 0,2% (1), em moradia estudantil. No quesito religião, 79,1% (341) declaram-se católicos, 9,5% (41) responderam ser evangélicos e 11,4% (49) indicaram outras religiões. Estes dados estão expostos na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos acadêmicos da Unichristus de acordo semestre, idade, sexo, estado civil, religião, moradia e renda familiar. (continua)

Semestre letivo	N ou Média	% ou (Max-Min)
1	64	14,9
2	55	12,8
3	56	13,0
4	47	10,9
5	48	11,2
6	51	11,8
7	57	13,2
8	53	12,2
Idade	21,4	(17-36)
Gênero		
Masculino	166	38,5
Feminino	265	61,5
Estado civil		
Solteiro	413	95,8
Casado	18	4,2
Religião		
Católica	341	79,4
Evangélica	41	9,5
Outras	49	11,4
Moradia		
Com os pais	347	80,5
Sozinho	26	6,0

(conclusão)

Semestre letivo	N ou Média	% ou (Max-Min)
Com 1 amigo ou mais amigos	10	2,3
Com o cônjuge ou namorado(a)	14	3,2
Com outros familiares	33	7,6
Moradia estudantil	1	0,2
Renda em salário mínimo	14,9	(1-170)

Fonte: Própria autora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Utilizando a LSAS-SR como instrumento de triagem para casos de TAS, encontraram-se escores sugestivos do transtorno em 59,2% (255) dos estudantes, como se pode observar na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto à prevalência de TAS.

ESCALA LSAS-SR	N	%
Maior que 32	255	59,2
Menor ou igual a 32	176	40,8

Fonte: Própria autora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Em relação à presença desse transtorno por semestres, constatou-se, utilizando como ponto de corte para triagem escores superior a 32 da Escala LSAS-SR, que há um decréscimo à medida que os semestres avançam, conforme mostra a tabela 3.

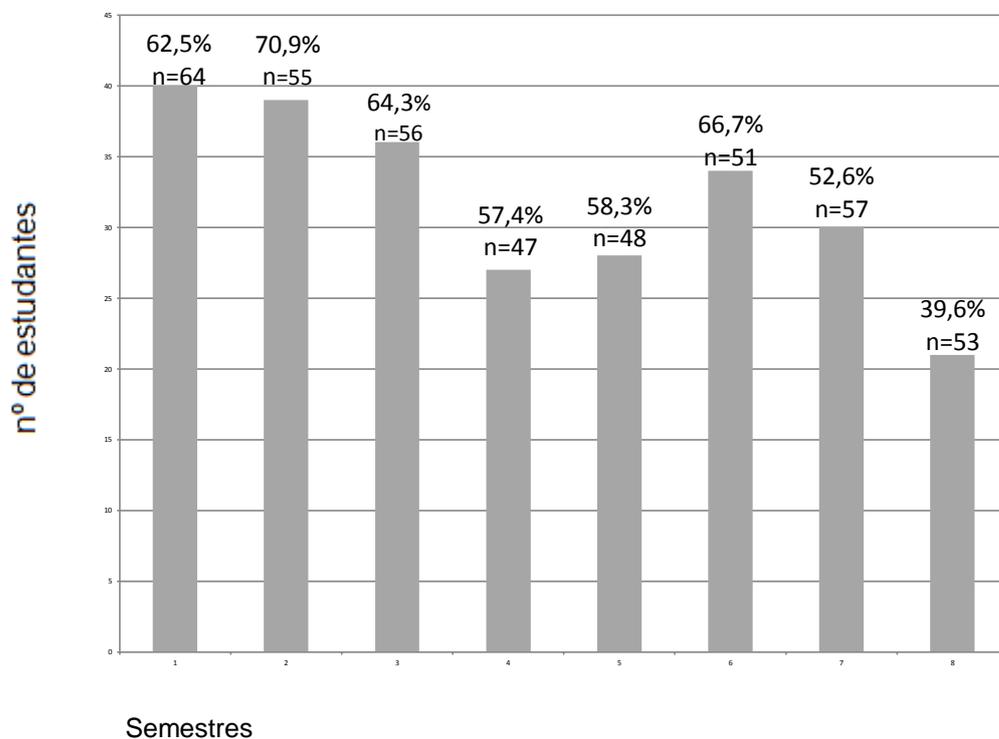
Tabela 3 - Distribuição da amostra por semestre quanto à prevalência de TAS.

Semestre	ESCALA LSAS POR SEMESTRE				Valor de p
	Menor ou = que 32		Maior que 32		
	n	%	n	%	
1º semestre	24	37,5	40	62,5	0,040
2º semestre	16	29,1	39	70,9	
3º semestre	20	35,7	36	64,3	
4º semestre	20	42,6	27	57,4	
5º semestre	20	41,7	28	58,3	
6º semestre	17	33,3	34	66,7	
7º semestre	27	47,4	30	52,6	
8º semestre	32	60,4	21	39,6	

Fonte: Própria autora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

O gráfico 1 ilustra a distribuição, por semestre, dos estudantes com escore na LSAS-SR superior a 32, ponto de corte de triagem de TAS definido para a população brasileira. Pode-se verificar que dos 64 estudantes do 1º semestre, 40 (62,5%) apresentam manifestações de sintomas associados ao TAS; dos 55 do 2º semestre, 39(70,9%); dos 56 do 3º semestre, 36(64,3%); dos 47 do 4º semestre, 27 (57,4%); dos 48 do 5º semestre, 28(58,3%); dos 51 do 6º semestre, 34(66,7%); dos 57 do 7º semestre, 30(52,6%) e dos 53 do 8º semestre, 21(39,6%). Os resultados indicam que, à medida que o semestre avança, ocorre uma redução do número de estudantes com tais sintomas, No entanto, verifica-se uma elevação significativa no 6º semestre, o que mostra a necessidade de estudos para a identificação dos fatores associados a essa condição.

Gráfico 1 - Distribuição dos estudantes por semestres com escores sugestivos de TAS.

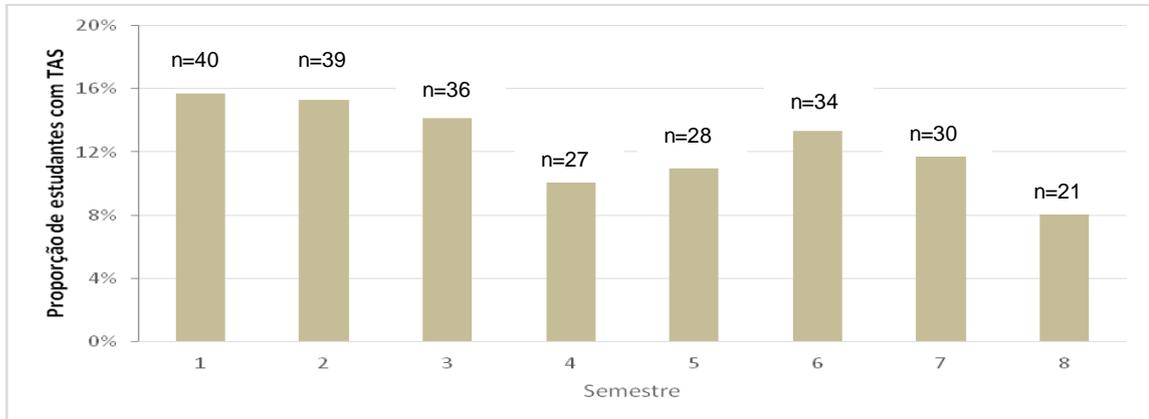


Fonte: Própria autora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

O gráfico 2 mostra a proporção de estudantes com escores sugestivos de TAS por semestre, a partir do percentual total, ou seja, de 59,2% (255) que apresentam manifestação de sintomas. Os resultados revelam que o percentual de acadêmicos do 1º semestre com TAS é maior quando comparado com os outros

semestres. Diante disto, entende-se que a identificação e o cuidado precoce podem minimizar as possíveis dificuldades e sofrimento psíquico, comuns a esses quadros.

Gráfico 2 - Proporção de estudantes com escores sugestivos de TAS por semestre.



Fonte: Própria autora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual

Em relação ao nível de ansiedade, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) evidenciou que 59,3% (258) dos estudantes apresentaram nível de ansiedade mínimo; 26,6% (115), nível leve; 9,7% (42), nível moderado e 4,4% (19) nível grave. Os resultados apontam que 40,7% (176) demonstram algum nível de ansiedade, como se pode observar na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição do nível de ansiedade da amostra

Inventário de Ansiedade de BECK - BAI		
Nível	N	%
Mínimo	258	59,3
Leve	115	26,6
Moderado	42	9,7
Grave	19	4,4

Fonte: Própria autora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Observou-se uma correlação significativa entre os escores obtidos nas escalas BAI e LSAS-SR ($p=0,537$, $p=0,01$), conforme mostra a tabela 5. Os resíduos ajustados são maiores do que 1,96 ou menores que -1,96, denotando significância estatística.

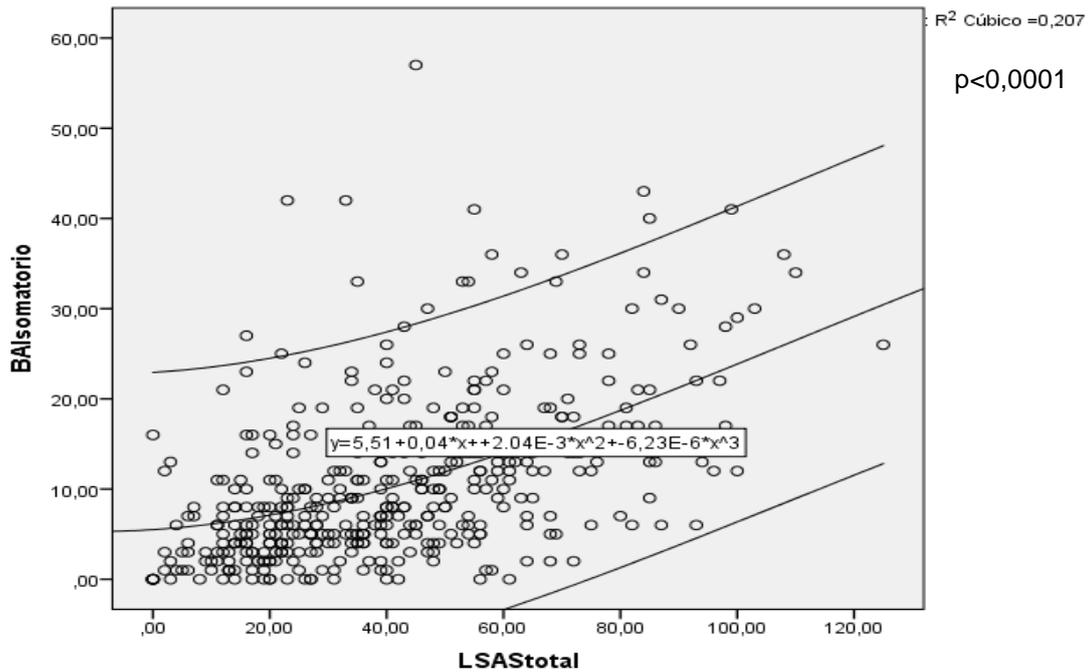
Tabela 5 - Tabulação cruzada. BAI total em categorias * Isas32

BAI total em categorias		Isas32		Total
		Menor que 32	Maior que 32	
Mínimo	Contagem	147	108	255
	% em BAI total em categorias	57,6%	42,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	8,5	-8,5	
Leve	Contagem	22	92	114
	% em BAI total em categorias	19,3%	80,7%	100,0%
	Resíduos ajustados	-5,5	5,5	
Moderado	Contagem	5	37	42
	% em BAI total em categorias	11,9%	88,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	-4,0	4,0	
Grave	Contagem	2	17	19
	% em BAI total em categorias	10,5%	89,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,8	2,8	
Total	Contagem	176	255	431
	% em BAI total em categorias	40,9%	59,1%	100,0%

Fonte: Própria autora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

O gráfico 3 revela associação estatística significativa entre os resultados ajustados do BAI e da LSAS-SR, $p < 0,0001$.

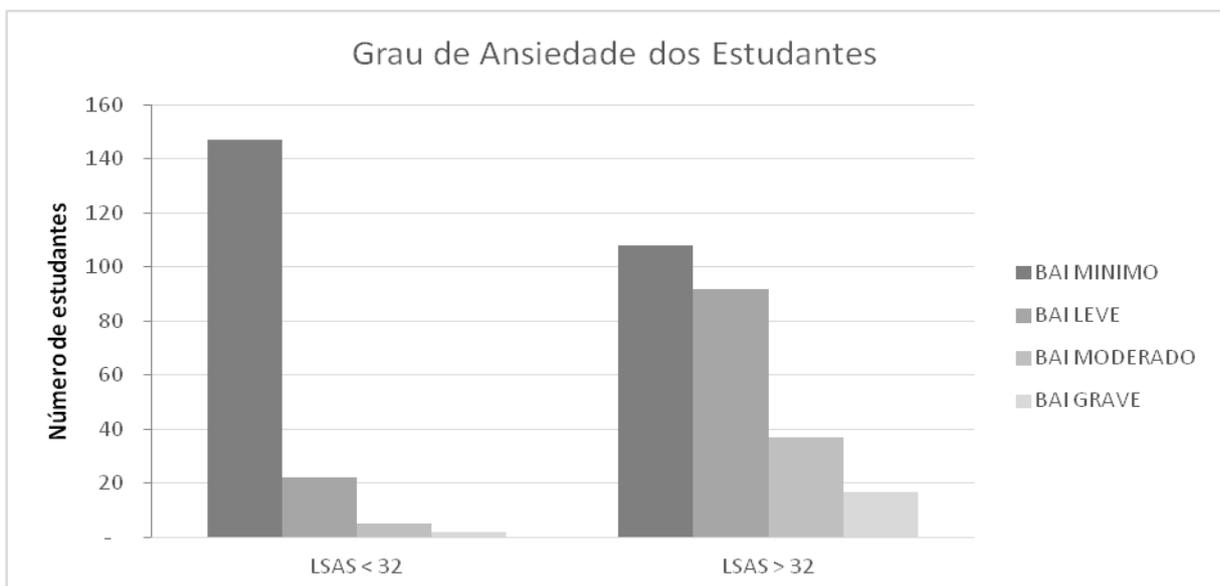
Gráfico 3 - Correlação entre as escalas BAI e LSAS-SR



Fonte: Própria autora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual

O gráfico 4 demonstra que estudantes com sintomas sugestivos de ansiedade social apresentaram maior grau de ansiedade ($\chi^2 = 73,44$, $p < 0,0001$).

Gráfico 4 - Grau de ansiedade dos estudantes segundo o nível de ansiedade social. Número de estudantes com grau de ansiedade mínimo, leve, moderado e grave de ansiedade segundo os escores obtidos no Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).



Fonte: Própria autora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Quanto ao histórico familiar de transtornos psiquiátricos, encontrou-se que dos 431 estudantes participantes do estudo, 157 (36,4%) têm algum familiar acometido, e, desses 157, ou seja, 105 (66,9%) apresentam sintomas sugestivos de TAS. Quanto ao grau de parentesco, verificou-se que, dos 157 estudantes com familiares que expressam algum tipo de transtorno psiquiátrico, 88 (56,1%) têm parente 1º grau, e que, dos 105 acadêmicos com sintomas sugestivos de TAS, 53 (50,5%) têm familiares com parentesco de 1º grau. Concernente ao tipo de transtorno mental dos familiares dos estudantes com sintomas sugestivos de transtorno de ansiedade social, 41,9% (44) relataram depressão; 9,5% (10), esquizofrenia; 6,7% (7), transtorno bipolar; 5,7% (6), transtorno obsessivo compulsivo; 5,7% (6), transtorno de ansiedade e 30,5% (32), outros transtornos. (Tabela 6)

Tabela 6 - Histórico Familiar de Transtorno Mental da população de estudantes da pesquisa

	N	%
Histórico familiar de transtornos mental		
Sim - estudantes em geral	157	36,4
- estudante com sintomas de TAS	105	66,9
Grau parentesco		
1º grau - estudantes em geral	88	56,1
- estudante com sintomas de TAS	53	50,5
2º grau - estudantes em geral	39	24,8
- estudante com sintomas de TAS	29	27,6
3º grau - estudantes em geral	13	8,3
- estudante com sintomas de TAS	11	10,5
Doenças Psiquiátricas na família		
Depressão – estudantes em geral	70	44,6
- estudante com sintomas de TAS	44	41,9
Esquizofrenia - estudantes em geral	14	8,9
- estudante com sintomas de TAS	10	9,5
Transtorno Bipolar - estudantes em geral	11	7,1
- estudante com sintomas de TAS	7	6,7
Transtorno Obsessivo Compulsivo - estudantes em geral	8	7,6
- estudante com sintomas de TAS	6	5,7
Transtorno Ansiedade – estudantes em geral	10	6,4
- estudante com sintomas de TAS	6	5,7
Outros transtornos	32	30,5

Fonte: Própria autora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Na análise dos fatores potencialmente associados à presença de sintomas de ansiedade, não se evidenciaram diferenças estatisticamente significativas em relação a morar com a família, estado civil, religião e renda entre os estudantes com e sem sintomas sugestivos de ansiedade social. Contudo, o sexo feminino se mostrou associado a TAS, 64,2% com sintomas de ansiedade social vs. 35,8% sem tais sintomas, $\chi^2= 7,08$, $p=0,008$. O mesmo ocorreu com a existência de familiar com doença psiquiátrica (66,9% vs. 33,11%, $\chi^2= 6,08$, $p=0,014$), que se mostrou associado à presença de sintomas de ansiedade social, sendo 60,2% (53) dos casos em parentes de primeiro grau.

Estudantes com sintomas de ansiedade social apresentaram idade ligeiramente inferior ($M=21,1$, $DP=3,2$) à de estudantes sem tal quadro ($M=21,8$, $DP=2,7$, $T=6,31$, $p=0,012$). Uma porcentagem superior dos estudantes com sintomas de ansiedade social relatou já ter feito acompanhamento psicoterápico (67,1% vs. 32,9%, $\chi^2= 6,66$, $p=0,010$) e psiquiátrico (72,7% vs. 27,3%, $\chi^2= 5,934$, $p=0,015$). Além disso, estudantes com sintomas de ansiedade social relataram maior nível de ansiedade para se expressar durante as sessões de tutoria ($\chi^2= 57,734$, $p<0,0001$); 13,3% (34) dizem ficar pouco nervosos, sem comprometimento do desempenho; 38,8% (99) ficam nervosos a ponto de terem o desempenho comprometido; 7% (18) ficam extremamente nervosos, evitando se expor na tutoria.

Tabela 7 - Determinantes de ansiedade social em estudantes de Medicina (continua)

		LSAS32								p
		Menor que 32				Maior que 32				
		Média	Desvio padrão	Contagem	N % da linha	Média	Desvio padrão	Contagem	N % da linha	
Idade		21,8	3,2			21,1	2,7			0,012
Sexo	Masculino			81	48,80%			85	51,20%	0,008
	Feminino			95	35,80%			170	64,20%	
Estado civil	Solteiro			167	40,40%			246	59,60%	0,419
	Casado			9	50,00%			9	50,00%	
Religião	Católica			136	39,90%			205	60,10%	0,640
	Evangélica			19	46,30%			22	53,70%	
	Batista			1	100,00%			0	0,00%	
	Agnóstica			10	45,50%			12	54,50%	
	Outra			9	36,00%			16	64,00%	
Moradia	Pais			138	39,80%			209	60,20%	0,446
	Sozinho			10	38,50%			16	61,50%	

		LSAS32								
		Menor que 32				Maior que 32				
		Média	Desvio padrão	Contagem	N % da linha	Média	Desvio padrão	Contagem	N % da linha	p
	1 amigo			1	20,00%			4	80,00%	
	2 ou + amigos			2	40,00%			3	60,00%	
	Cônjuge			9	64,30%			5	35,70%	
	Familiares			16	48,50%			17	51,50%	
	Morad. est			0	0,00%			1	100,00%	
Renda		16,2	18,7			14,2	15,2			0,276
Você participa de alguma atividade voltada para a promoção da saúde?	Não			87	40,50%			128	59,50%	0,844
	Sim			89	41,40%			126	58,60%	
Tem história familiar de doença psiquiátrica?	Não			124	45,30%			150	54,70%	0,014
	Sim			52	33,10%			105	66,90%	
Doenças	ALZ			1	25,00%			3	75,00%	0,591
	AUT			0	0,00%			2	100,00%	
	DEP			26	37,10%			44	62,90%	
	DEP/BIP			0	0,00%			1	100,00%	
	DEP/DRG			1	100,00%			0	0,00%	
	DEP/ESQ			0	0,00%			1	100,00%	
	DEP/SP			1	100,00%			0	0,00%	
	DEP/TAG			3	60,00%			2	40,00%	
	DEP/TH			1	100,00%			0	0,00%	
	DEP/TOC			0	0,00%			2	100,00%	
	DEP/TP			1	100,00%			0	0,00%	
	DEP/TRB			1	33,30%			2	66,70%	
	DEP/TRP			0	0,00%			2	100,00%	
	DS/CP			0	0,00%			1	100,00%	
	ESQ			4	28,60%			10	71,40%	
	ESQ/AUT			1	100,00%			0	0,00%	
	ESQ/DEP			1	20,00%			4	80,00%	
	ESQ/TAG			0	0,00%			1	100,00%	
	SP			0	0,00%			3	100,00%	
	TAG			1	33,30%			2	66,70%	
TAG/TRB			0	0,00%			1	100,00%		
TOC			2	25,00%			6	75,00%		
TRB			4	36,40%			7	63,60%		
grau de parentesco	1			35	39,80%			53	60,20%	0,103
	2			10	25,60%			29	74,40%	

(conclusão)

		LSAS32								
		Menor que 32				Maior que 32				
		Média	Desvio padrão	Contagem	N % da linha	Média	Desvio padrão	Contagem	N % da linha	p
		3		2	15,40%			11	84,60%	
Já fez ou faz acompanhamento psicoterápico?	Não			123	45,60%			147	54,40%	0,010
	Sim			53	32,90%			108	67,10%	
Já fez ou faz acompanhamento psiquiátrico?	Não			158	43,30%			207	56,70%	0,015
	Sim			18	27,30%			48	72,70%	
Qual o seu nível de ansiedade para se expressar/falar na tutoria?	Não se altera			62	64,60%			34	35,40%	0,000
	Pouco nerv.			89	46,10%			104	53,90%	
	Nervoso			24	19,50%			99	80,50%	
	Ext. nervoso			1	5,30%			18	94,70%	
Você considera que seu nível de ansiedade na tutoria se alterou com o passar do tempo?	+ nervoso			4	12,50%			28	87,50%	0,000
	Estável			42	33,30%			84	66,70%	
	+ tranquilo			130	47,60%			143	52,40%	

Fonte: Própria autora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Participaram, também, 47 tutores do sexo masculino e feminino, que atuam do primeiro ao oitavo semestre. A maioria referiu que não participou de capacitação docente sobre TAS, 93,6% (44). Com referência à presença de estudante com dificuldade de falar nas sessões tutoriais, 68,1% (32) dos tutores apontam que sim. Quanto à metodologia da ABP, 87,2% (41) acreditam que ela provoca medo ou ansiedade nos estudantes. Sobre o transtorno, 91,5% (43) não conhecem os critérios de diagnóstico, 60,9% (28) dizem que identificou algum estudante com esse transtorno e 78,7% (37) indicam que não sabem como lidar com esses estudantes. 55,3% (26) utilizaram estratégias que ajudaram a reduzir o medo ou a ansiedade do estudante ao longo da tutoria. A necessidade de adquirir mais conhecimento e de aprender estratégias para lidar com os estudantes com esse

transtorno está presente em 100% (47) dos tutores envolvidos na pesquisa, conforme mostra a tabela 8.

Tabela 8 - Avaliação de conhecimento do tutor sobre TAS

	n	%
Já participou de capacitação docente sobre TAS?		
Não	44	93,6
Sim	3	6,4
Em suas atuais turmas de tutoria, existem estudantes com dificuldade de falar no grupo?		
Não	15	31,9
Sim	32	68,1
A metodologia ativa (ABP) provoca medo ou ansiedade em alguns estudantes?		
Não	6	12,8
Sim	41	87,2
Conhece os critérios de diagnóstico de TAS?		
Não	43	91,5
Sim	4	8,5
Já houve algum estudante com TAS?		
Não	18	39,1
Sim	28	60,9
Sabe como lidar com estudante com TAS?		
Não	37	78,7
Sim	10	21,3
Suas estratégias ajudaram o estudante a reduzir o medo ou a ansiedade ao longo da tutoria?		
Não	21	44,7
Sim	26	55,3
Considera necessário adquirir mais conhecimentos sobre TAS?		
Sim	47	100,0
Não	0	0,0
Gostaria de aprender estratégias para lidar com estudante com TAS?		
Sim	47	100,0
Não	0	0,0

Fonte: Própria autora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Os estudos sobre a prevalência de TAS em estudantes de medicina são escassos (BAPTISTA; et al., 2012). Shah; Katarina (2010) aplicaram a LSAS-SR em 405 graduandos de diversos cursos de ensino superior da Índia, como Medicina, Engenharia, Ciência, Comércio, Artes e Educação. Seus resultados revelaram uma prevalência de TAS de 19,5% entre os estudantes. No entanto, até o momento, nenhum estudo avaliou a prevalência de sintomas de TAS e fatores associados em

amostra exclusiva de estudantes de medicina. Algumas pesquisas acerca do TAS no contexto universitário foram realizadas no Brasil. (BAPTISTA et al., 2012) encontraram uma prevalência de 11,6% de TAS em população de 2.319 estudantes de diversos cursos, incluindo o curso de Medicina, em duas universidades públicas e uma privada do interior do Estado de São Paulo. Wagner; Wahl; Cecconello (2014) encontraram TAS em 35,6% das estudantes universitárias de uma instituição brasileira de ensino superior do Rio Grande do Sul. Meotti; Mahl (2015) investigaram a prevalência de TAS em acadêmicos de psicologia de uma universidade de Santa Catarina. Em uma amostra de 132 estudantes, de variados semestres, encontraram TAS em todos os períodos, com prevalência maior nos períodos iniciais. Pereira (2012) pesquisou a prevalência de TAS entre estudantes universitários do primeiro ao oitavo período do Curso de Direito em IES do município de Juiz de Fora, com uma amostra de 522 alunos. Os resultados indicaram que 21,1% apresentam sintomas relacionados à ansiedade social.

No presente estudo, o instrumento de avaliação de TAS utilizado foi a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS), que foi o primeiro instrumento desenvolvido para a avaliação do transtorno de ansiedade social (LIEBOWITZ, 1987). Uma versão autoaplicada da escala (LSAS-SR) surgiu em 1988 (COX; et al., 1998). Validações psicométricas da LSAS-SR (SANTOS; et al., 2013) revelaram adequada consistência interna e validade. Pelo menos dez estudos apontam para a validade discriminatória da escala (BOBES; et al., 1999; YAO et al., 1999; MENNIN et al., 2002; LIEBOWITZ, 2003; RYTWINSKI et al., 2009; SANTOS; et al., 2013;) em pacientes com TAS apresentando escores significativamente mais elevados que os de participantes sem o transtorno.

O ponto de corte para detectar casos de TAS varia de acordo com a cultura da amostra. Nos EUA, estudos encontraram 30 como ponto de corte (MENNIN; et al, 2002; RYTWINSKI et al, 2009); na Turquia, 50 (LIEBOWITZ, 2003); na Espanha, um valor entre 19.6 e 26.1 (BOBES; et al., 1999). O ponto de corte utilizado neste estudo para definir casos de TAS foi de 32, valor previamente estabelecido por Santos *et al.* (2012) para triar casos de TAS em estudantes universitários brasileiros. Desse modo, identificaram-se 59,2% dos estudantes como possíveis casos de TAS. Não há estudos prévios que tenham utilizado a L-SAS autoaplicável e adaptada para brasileiros para diagnosticar a ansiedade social em estudantes de medicina.

Detectou-se um declínio dos sintomas de TAS ao longo dos semestres. Uma hipótese para justificar esse fato é que o Curso de Medicina dos estudantes investigados adota, em sua metodologia, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), abordagem que estimula a aprendizagem ativa, centrada no aluno, com exposição dos sujeitos, geralmente em grupos tutoriais (SIMAS, 2010). A exposição geraria uma dessensibilização sistemática, em que o indivíduo, depois de repetidas confrontações, acabaria reduzindo seus sintomas de ansiedade social (GUSMÃO; et al., 2013).

Ressalta-se que a abordagem terapêutica mais utilizada para tratamento do TAS é a da Terapia cognitivo-comportamental, e que as técnicas utilizadas em sua maioria são a estruturação cognitiva, a exposição real ou virtual, o treino de habilidades sociais e as técnicas de relaxamento (D'EL REY; BEIDEL; PACINI, 2006). A exposição é considerada por vários autores como uma das técnicas mais eficaz para esses casos (BALLONE, 2007).

O instrumento de avaliação de ansiedade adotado neste estudo foi o Inventário de Avaliação da Ansiedade de Beck (BAI). Neste estudo, 40,7% dos estudantes apresentaram algum nível de ansiedade. Como esperado, verificou-se uma correlação significativa entre os escores obtidos nas escalas BAI e LSAS-SR. Há poucos estudos utilizando a versão adaptada brasileira do BAI. Bernardo (2010) encontrou ansiedade leve em 50,27% dos 183 graduandos de Odontologia da FOP-Unicamp que se submeteram ao BAI. O estudo revelou ainda que os alunos dos últimos dois anos de curso apresentam maior prevalência de ansiedade do que os dos anos iniciais. Contrariamente a esse resultado, neste estudo, a frequência de sintomas ansiosos entre estudantes dos últimos períodos foi menor do que a encontrada em discentes dos períodos iniciais.

No que diz respeito à análise de fatores potencialmente associados à presença de sintomas de ansiedade social, verificou-se uma predominância de TAS no sexo feminino, o que está em consonância com o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION APA, 2014), o qual postula que a ansiedade social costuma ser mais frequente no sexo feminino (com razão de chances que variam entre 1,5 e 2,2). Detectou-se, também, que a existência de familiar com transtorno psiquiátrico está associada a uma maior probabilidade de desenvolvimento de sintomas de ansiedade social. Margis et al. (2003) postulam que a maneira de lidar com eventos estressores tem influência genética, e que esta, por sua vez, está

relacionada à emergência de sintomas de depressão ou ansiedade. Observou-se que a idade é outra variável influente, uma vez que, nesta pesquisa, indivíduos mais jovens apresentaram mais sintomas de ansiedade social do que indivíduos com idade levemente superior. Aqueles com mais idade foram provavelmente submetidos a um maior número de situações de exposição social do que os mais jovens. É possível que tenham sido, por meio de confrontações sucessivas, dessensibilizados quanto aos elementos originariamente estressores (GUSMÃO; et al., 2013). Por fim, observou-se, ainda, que o grupo de indivíduos triados como mais susceptíveis ao desenvolvimento de TAS referiu já ter buscado acompanhamento psicoterápico ou psiquiátrico em uma proporção significativamente maior do que os sujeitos sem o transtorno.

O elevado número de possíveis casos de TAS que foram identificados entre os estudantes aponta para a necessidade de investigação diagnóstica mais aprofundada para a definição de casos clínicos que possam requerer acompanhamento psicoterápico e psicológico. Dos estudantes com TAS investigados neste estudo, 45,8% relataram nervosismo a ponto de terem o desempenho comprometido ou de evitarem se expor na tutoria.

No contexto da ABP, o estudante é ativo na busca do conhecimento, a aprendizagem ocorre em pequenos grupos, de forma cooperativa e colaborativa: por meio de resolução de problemas, na interação com seus pares, Nesse cenário, o tutor exerce a função de facilitador, portanto sua habilidade para conduzir o grupo e mediar o processo de ensino para a aprendizagem tem real importância a fim de que o ambiente de aprendizagem seja efetivo (BARROWS, 2010). Ele deve ter habilidade para gerir conflitos, identificar os tipos de estudantes e fazer uso de estratégias que favoreçam o desenvolvimento do grupo e de cada um dos seus membros, respeitando a singularidade.

Neste estudo, identificou-se que os tutores têm pouco ou nenhum conhecimento sobre o TAS, como também acerca de estratégias adequadas para a condução de um grupo tutorial com características heterogêneas, associado ao desejo deles por capacitação sobre essa temática (Ver tabela 8).

5.2 Análise e Discussão dos dados qualitativos

A análise dos dados coletados, a partir de entrevista com tutores participantes da pesquisa por meio de GF, para identificar e analisar percepções, conhecimentos, saberes e práticas na condução da ABP com estudantes de Medicina que apresentam manifestações de sintomas de TAS, foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo temático. Esta técnica está relacionada a uma afirmação acerca de determinado tema e abrange um conjunto de relações que podem ser apresentadas de forma gráfica, por meio de uma palavra, uma frase, um resumo. (GOMES, 2010).

A análise de conteúdo temático reside na descoberta de núcleos de sentido de uma comunicação em que a presença ou a frequência apresentem algum significado para o objetivo analítico pretendido (BARDIN, 2009; MINAYO, 2006). Ainda, segundo as autoras, essa análise compreende três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Dessa forma, o tratamento de dados iniciou com a transcrição das falas, que oportunizou a leitura do material e dos registros realizados no momento das entrevistas segundo a percepção da pesquisadora.

Na etapa da pré-análise, fez-se uma leitura do material selecionado, visando assimilar suas especificidades, definir maneiras de realizar a classificação inicial e estabelecer os conceitos teóricos que guiarão a análise.

Segundo Minayo (2006), essa etapa é a de organização e sistematização das ideias iniciais para a condução adequada da pesquisa, momento em que se retomam as hipóteses e os objetivos iniciais, podendo, assim, reformulá-los a partir do material coletado e criar indicadores para a interpretação final.

O aprofundamento dos conteúdos por meio de releituras e de novas leituras possibilitou o reconhecimento de seus significados. Assim, iniciou-se a análise propriamente dita.

Na etapa de exploração de material, os dados foram trabalhados para melhor entendimento do texto a partir de indicadores – recortes do texto e categorização; preparação e exploração do material, o que permitiu evidenciar os núcleos de sentido. Os textos foram desmembrados em partes, e, em seguida, reagrupados por categorias para análise posterior. Essa etapa foi finalizada com a classificação/organização das mensagens a partir dos elementos repartidos. A

exploração do material é a fase em que ocorre a análise sistemática do texto, em função das categorias (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007).

Na etapa final, as inferências foram feitas, considerando-se a abordagem qualitativa e trabalhando com significações, e não com inferências estatísticas. O material foi analisado por meio da interpretação, momento de articulação entre as estruturas semânticas (significantes), as estruturas sociológicas (significados) e o quadro teórico desenhado inicialmente.

A seguir, são apresentadas as categorias temáticas (CT) que surgiram a partir das falas dos sujeitos de forma individual e da interação no Grupo Focal.

5.2.1 A dinâmica da condução do grupo tutorial na aprendizagem baseada em problemas

A ABP é centrada no estudante, desenvolve-se em pequenos grupos de conversação, em meio cooperativo, colaborativo, integrado e interdisciplinar; a partir da resolução de problemas. Esse processo é mediado por um tutor que deve exercer a função de “facilitador” do processo grupal. Cabe conduzir o grupo de forma que favoreça a aprendizagem; por esse motivo, precisa ter habilidades para que o maneje adequadamente, como afirma (BARROWS, 1992 apud SAVERY; DUFFY, 1994, p. 37):

[...] a habilidade do tutor para usar suas habilidades de ensino durante o processo de aprendizagem em pequenos grupos é o maior determinante da qualidade e do sucesso de qualquer método educacional que objetiva: desenvolver habilidades de pensamento e raciocínio dos estudantes (na solução de problemas, meta-cognição, pensamento crítico); ajudá-los a tornarem-se independentes e autônomos (aprendendo a aprender, aprendendo a administrar). A tutoria é uma habilidade de ensino central para a aprendizagem autônoma no PBL.

Estudos apontam que, na ABP, a qualidade da aprendizagem está interligada com a dinâmica do grupo, podendo gerar experiência emocional negativa e desconforto social quando não conduzida de modo satisfatório (ROBISON, 2015). Assim, percebe-se a importância do conhecimento e da habilidade do tutor no manejo dos integrantes do grupo tutorial.

O tutor, em sua função de facilitador, precisa ser ativo no sentido de acompanhar o progresso da aprendizagem dos estudantes em grupo. Para isso, é

fundamental que tenha conhecimento acerca de estratégias e técnicas que favoreçam a aprendizagem e o desempenho dos participantes no grupo. Isso significa que deve estar atento à forma como os componentes do grupo desempenham seus papéis, identificando aqueles que não progridem nas discussões, que se mantêm silenciosos, entre outros. Dessa forma, percebe-se a importância de o tutor possuir conhecimentos e habilidades para mobilizar os recursos coletivos do grupo, contribuindo para a aprendizagem de seus integrantes. É necessário conhecer como funcionam as dinâmicas de grupo, saber trabalhar e ensinar os estudantes a trabalhar em grupo (CASALE, 2013).

É importante que o tutor utilize estratégias para eficácia da comunicação, pois dificuldades nessa área podem surgir devido ao “isolamento das pessoas e dos grupos, as deficientes condições institucionais, a falta de tempo e de responsabilidade” (BENAVENTE, 1993, p.28), entre outros fatores. E estes, quando não são extintos, tendem a aumentar as dificuldades de comunicação.

O tutor precisa conduzir o trabalho em grupo de forma que todos os estudantes se envolvam na discussão do problema durante o processo de aprendizagem. Além disso, precisa estar atento à discussão e ao comportamento para identificar e intervir no momento mais adequado diante das dificuldades apresentadas nesse processo.

Em busca de conhecer e identificar ou não as habilidades dos tutores quanto a este aspecto, recorreu-se aos recortes das falas dos sujeitos de pesquisa.

As falas abaixo revelam que a forma de trabalho no grupo ocorre a partir de experiências vivenciadas no próprio grupo na tentativa de acertar, e que o acolhimento favorece o vínculo e facilita o processo de comunicação. Esse acolhimento referenciado pelo tutor está em consonância com o que preconiza Lauriti, 1999 (apud GOMES, 2010, p.41), “por implicar uma atitude de abertura, diálogo, interação, intersubjetividade e também de desenvolvimento das sensibilidades nas relações comunicativas.”

No início de tutoria, eu faço o que eu chamo de acolhimento [...] conversando, se apresentando, tentando identificar dentro do grupo se existe alguma divergência [...] se eu notar que isso existe já fico antenado pra tentar dentro do semestre evitar que haja conflito [...] quando tem um que tá mais calado eu pergunto: fulano, qual é a sua opinião? e aí ele diz a opinião[...] a gente vai tentando ponderar [...] eu acredito que eles tenham maior aproveitamento se você deixar a tutoria livre de conflitos [...] (T7G1)

[...] a dinâmica, parte muito do tutor, da personalidade do tutor, eu acho assim. Então, já passei por todas as formas, aquela de apontar, aquela de deixar livre, aquela dar a chance, porque tem aluno que fala demais e você tem que interromper, porque senão ele domina o grupo. [...] hoje eu tomo muito cuidado em direcionar, mas eu sei que tem alunos que, inclusive, preferem que pergunte, principalmente aquele que estuda, para que o outro não tome muito a vez [...] (T5G1)

A atenção do facilitador também deve estar voltada para o funcionamento do grupo, pois problemas relacionados a isto podem desestabilizá-lo e prejudicar o desempenho de seus integrantes.

Coloco desde o início regras [...] digo: olha, se eu for questionar um aluno, ninguém responde, espera que esse aluno responda [...] divido em dois grupos, se ninguém responder, aí finalmente eu passo pra todo mundo [...] acho que isso ajuda um pouco, quando você já coloca essas regras você tem um melhor controle do grupo. Quando o grupo não está funcionando bem, tenho que lembrar as regras [...] (T7G2)

Quando isso acontece, a intervenção do tutor é necessária para reafirmar as regras preestabelecidas, objetivando o retorno do equilíbrio do trabalho no grupo. Essa fala de um dos informantes, sobre o controle do grupo, reflete o que afirma Azer (2005) em seu estudo, que é função do facilitador alertar o grupo quando alguma regra estabelecida por ele for descumprida, e, sobretudo, fortalecer seu cumprimento, visando a um bom funcionamento.

Outro aspecto importante é o conhecimento dos integrantes do grupo, visto que a interação favorece a cooperação. De acordo com Freitas; Freitas (2002, p.29), os grupos pequenos permitem a interação face a face, os olhos nos olhos; a discussão de um problema acontece com a participação de todos. Essa questão é identificada na entrevista a seguir:

[...] tento criar um ambiente de familiaridade [...] é a forma como eu aprendi e que funciona melhor [...] estímulo muito a amizade entre esses alunos [...] uma coisa que eu repito muito na tutoria é: vocês não estão sozinhos, vocês têm que trabalhar em grupo, não existe nenhum médico que vai trabalhar sozinho em nenhum caso [...] (T1G2)

Entretanto, fazer parte de um grupo não representa um requisito para haver amizades, mas é imprescindível para a tomada de consciência de seus objetivos e, por conseguinte, sua aceitação. O tutor, nesse contexto, deve ter habilidade para diversificar as atividades do trabalho desenvolvido no grupo, a criatividade quanto ao uso de novas estratégias e recursos pedagógicos que, somados à prática da ABP, enriquecem e estimulam a aprendizagem colaborativa e,

conseqüentemente, diminuem a erosão que é comum a essa metodologia (CASALE, 2013). Na fala a seguir, reconhece-se a preocupação do Tutor com o uso dessas novas estratégias e recursos pedagógicos:

[...] acolhimento pra conhecer o grupo [...] deixei um pouco mais livre, até pra sentir como era a turma, quem era que falava mais, quem é que gostava de falar muito e eu teria que fazer uma pausa, quem é que eu precisaria estimular [...] tento trazer casos de vivência externa, imagens, vídeos pra tentar deixar um pouco mais dinâmico e não ficar cansativo [...] eu não gosto da questão do apontar, quando aluno que tiver participando menos pergunto: você tem alguma coisa pra complementar em relação ao caso? [...] (T6G1)

O facilitador, além de estimular os estudantes para tomadas de decisão, deve também ficar atento às dificuldades que podem ocorrer no processo de aprendizagem a fim de ajudá-los. “O tutor é visto como o principal motivador da autonomia na produção do conhecimento dos alunos, tanto individual como em grupo” (SOUZA; DOURADO, 2015). É preciso encontrar estratégias para o manejo daqueles que não estão conseguindo acompanhar a dinâmica do trabalho em grupo a fim de apoiá-los nesse processo. Pode-se identificar nas falas abaixo a preocupação dos tutores em estimular e potencializar a capacidade dos acadêmicos.

[...] deixo eles livres [...] digo assim: gente, aqui eu não sou ninguém, eu sou apenas acompanhante do paciente, então é uma forma de valorizá-los. Quando eu percebo, por exemplo, que o aluno B tá caladinho, não falou nada, eu digo: Dr. B, será que o senhor poderia me ajudar? [...] ele vai aos poucos se soltando. [...] sempre deixo eles muito livres, eu digo: gente, eu não quero aqui ninguém levantando a mão, porque fica muito confuso a gente conseguir controlar, então eu quero que vocês falem [...] a tutoria no 1º semestre [...] requer muito jogo de cintura Então, assim, é uma coisa diferenciada no 1º semestre, é mais delicado do que os outros [...] (T2G1).
[...] faço conversa inicial [...] desde o início, eu sabia que não ia deixar fluir livremente [...] tenho muita dificuldade, eu não consigo dar a nota se eu não ver a manifestação dos alunos [...] uma pergunta mais genérica, tipo: você tem algo a apresentar nesse caso? [...] você tem algo a acrescentar? [...] a forma de você estimular a participação [...] assim, as palavras são de fundamental importância [...] a diferença reside aí, entre você constranger e você estimular [...] (T1G1)

[...] começo a tutoria, eu digo pra eles: aqui nessa mesa é proibido se estressar, eu não avalio o conhecimento de vocês, eu avalio o que vocês aprendem [...] não se assuste, se você não sabe de nada, não tem problema [...] eu estou aqui pra estudar com vocês, eu não estou aqui pra fazer arguição [...] a minha discussão é uma discussão livre, quem quiser fala, quem não quiser pode ficar calado até o fim [...] algum objetivo que não foi contemplado na discussão aproveito pra nominar e todo mundo se manifestar [...] (T8G1)

Entende-se que a comunicação é de fundamental importância para que os integrantes de um grupo estabeleçam um bom relacionamento com o fito de que haja um funcionamento adequado. A forma como um conteúdo ou uma mensagem são comunicados pode afetar o comportamento no contexto interpessoal, visto que se volta para os interesses e as necessidades psicológicas de quem está envolvido no processo grupal (MILHEIRO, 2013; ATZLAWICK, BEAVIN e JACKSON, 1967). Por essa razão, a condução do trabalho em grupo exige do facilitador várias habilidades, entre elas, a de comunicação, visando prevenir ou evitar inibidores à interação e ao desempenho de seus integrantes, no caso, os estudantes.

5.2.1.1 Dificuldades na condução do grupo tutorial na aprendizagem baseada em problemas

As dificuldades encontradas pelos sujeitos de pesquisa na condução das sessões tutoriais, a partir da análise dos depoimentos evidenciados no grupo focal, estão relacionadas à heterogeneidade do grupo, às diferentes tipologias psicológicas, à capacidade para lidar com os estudantes silenciosos, que demonstram sinais de timidez e de ansiedade, e à sua própria personalidade.

Entende-se que a formação de um grupo envolve, entre outros aspectos, uma diversidade de culturas, personalidades, experiências e conhecimentos, podendo ou não torná-lo viável e efetivo. No entanto, é preciso saber conduzi-lo adequadamente, pois, de outro modo, pode haver comprometimento da comunicação e a falta de compreensão das ideias compartilhadas. As falas dos tutores abaixo se referem a esses aspectos e realçam suas dificuldades para lidar com essas questões, validando a afirmação de Torre (2004) quando diz que as relações entre os pares no grupo assumem novas formas a partir de sua heterogeneidade, mas que é necessário administrar os conflitos sociocognitivos, assim como mediar e, na maioria das vezes, realizar um processo de auto e mútua regulação .

[...] uma diversidade de alunos que tem um conhecimento adicional, sempre tem 20% da turma que se adianta, 40% que vai atrás e de 10 a 20%, às vezes 30%, que não se manifesta [...] a gente tem um trabalho árduo pra tentar puxar essas coisas [...] (T3G2)

[...] a diferença de nível dos alunos, porque a gente percebe vários tipos de alunos e, às vezes, você tem que saber lidar com isso de forma que quem

já sabe muito não retroceda e quem ainda tá com dificuldade consiga alcançar o suficiente [...] (T6G2)

[...] uma dificuldade muito grande [...] com uma diversidade de personalidades, pessoas completamente diferentes, com histórias diferentes, e que vão te apresentar dificuldades pra você tentar resolver [...] (T2G2)

[...] Confesso que, em muitos grupos, você fica assim, meu Deus que grupo heterogêneo é esse? Como é que funciona? [...] (T2 G1)

Dessa forma, a habilidade da observação e da escuta ativa é de fundamental importância para o tutor, pois observar o trabalho do grupo e estar atento às discussões dos estudantes neste contexto é uma de suas funções. Assim, terá condições de fazer intervenções no grupo ou, em momento distinto, de forma individual quando necessário, contribuindo para a melhoria do processo de aprendizagem.

As características individuais dos estudantes, relativas ao comportamento e às habilidades interpessoais, como a dificuldade na exposição oral, são apontadas também pelos tutores como elementos dificultadores na condução do grupo, nas sessões tutoriais. Sendo, portanto, necessário que eles estejam vigilantes ao que ocorre no processo grupal com o objetivo de intervir e de dar *feedback*, favorecendo o progresso individual e coletivo dos participantes do grupo. Essas questões são evidentes em suas falas, como apresentadas nos recortes a baixo.

[...] trazer o aluno tímido pra dinâmica [...] às , você tenta criar mecanismo pra que ele entre na dinâmica, eu acho que isso é uma dificuldade [...] (T4G2)

[...] de diagnosticar um aluno, se há alguma ansiedade ou fobia social, se é uma coisa mais particular [...] é muito mais difícil de trabalhar esse aluno do que um aluno que é tímido, que é recluso [...] (T1G2)

A fala dos tutores acima descritas revela a importância de conhecimentos acerca da dinâmica do trabalho em grupo tanto para saber conduzir como para manejar o grupo e intervir nos momentos de crises e dificuldades, como atesta Oliveira Filho (2003) ao dizer que o insucesso de facilitadores está relacionado ao seu desconhecimento sobre processos grupais, pois não ter o conhecimento de seus mecanismos e manuseios pode resultar em posturas inadequadas, prejudicando o processo de aprendizagem do grupo.

O ambiente de aprendizagem deve ser harmonioso, um espaço de confiança, respeito, empatia e comprometimento, específico para os estudantes se sentirem à vontade, interajam e aprendam de forma cooperativa e colaborativa sem receio de se sentirem constrangidos ou ridicularizados. O facilitador é responsável por tornar a atmosfera desse espaço positiva e harmoniosa, de uma forma tal que ofereça oportunidade aos estudantes de estabelecer relações e de compartilhar conhecimentos com seus pares (CASALE, 2013).

Pode-se identificar, na fala dos tutores abaixo, a preocupação em propiciar um espaço de aprendizagem em que a comunicação é informal, pois os estudantes se sentem livres para expressar suas ideias, bem como os facilitadores adotam posturas para evitar constrangê-los.

[...] dificuldade muito grande de me policiar pra não tornar a tutoria uma brincadeira, esse é o meu jeito, eu só sei fazer as coisas me divertindo, brincando, e eu tenho medo disso extrapolar e eu perder algum conhecimento [...] (T4G1)

[...] uma dificuldade que eu tenho ao longo desse tempo [...] ficar pressionando aluno, eu deixo a tutoria livre [...] se eu perguntar para o aluno porque tá calado [...] e disser que não estudou, eu vou ter mais vergonha do que ele, eu tenho vontade de enfiar num buraco, porque eu fiz ele passar por uma humilhação perante ao público, porque eu me coloco no lugar, entendeu? [...] (T5G1)

O ambiente de aprendizagem pautado na confiança e no respeito pelas diferenças individuais é propício para a consolidação desse processo. Um espaço menos ameaçador e livre de críticas negativas pode prevenir a inibição, o constrangimento perante o facilitador e seus pares, favorecendo a construção do conhecimento de forma colaborativa. Isso reflete a afirmação de Casale (2013, p. 76) quando diz que “a confiança é um meio de acesso fundamental a ser estabelecida e estimulada para encorajar a criação de um ambiente seguro no qual os estudantes podem e expressar livremente e aprender com seus pares”.

5.2.1.2 Sentimentos relacionados à condução do grupo tutorial na Aprendizagem Baseada em Problemas

O processo de ensino e de aprendizagem envolve um vínculo que se estabelece entre o professor e o aluno bem como entre o aluno e o objeto de conhecimento. Portanto, o professor deve compreender que a aprendizagem não é

apenas efetiva, mas também afetiva, como também entender que a assimilação do conhecimento pelo aluno envolve emoções e subjetividade, ou seja, não acontece de forma neutra e fria, cabendo a ele se aproximar das intenções, motivações e expectativas de seus alunos.

Os sentimentos e as emoções estão presentes em todo momento de nossa existência, nas relações com objetos e, principalmente, na interação com o outro, em que os vínculos afetivos se desenvolvem e são levados por toda a vida, logo também fazem parte do contexto educacional. O processo ensino-aprendizagem compreende professores e estudantes em constante movimento, no qual as relações interpessoais e os vínculos destas decorrentes são essenciais para que o sujeito aprenda. Esta afirmação está de acordo com Fernández (1991, p. 47-52) quando aduz que:

Para aprender, necessita-se de dois personagens (ensinante e aprendente) e um vínculo que se estabelece entre ambos. (...) Não aprendemos de qualquer um, aprendemos daquele a quem outorgamos confiança e direito de ensinar.

A aprendizagem de um modo geral ocorre por meio das interações sociais em um processo vincular permeado pela afetividade, e, na aprendizagem escolar, não é diferente, por isso não se resume ao campo cognitivo. Os sentimentos dos sujeitos de pesquisa revelam que o vínculo afetivo pode ser positivo ou negativo e algumas vezes, pode gerar desconforto, como se pode comprovar na fala abaixo:

[...] sentimentos maravilhosos, mas tem horas que você tem sentimentos realmente de impotência, de raiva [...] já aconteceu do aluno ir pra aula porque quer aprender, o aluno que está aqui valorizando o momento, mas tem alunos que, realmente, são difíceis e, nesse momento, a sensação é de impotência total [...] (T2 G1)

O facilitador se sente agente do processo de aprendizagem ao detectar uma dificuldade do estudante, tanto relacionada ao tempo para estudar como a questões de ordem cognitiva, e ao tentar buscar novas estratégias, considerando que este fator negativo pode ter ligação com sua didática, como aponta Polity (2002) sobre a importância de o baixo desempenho de quem aprende ser visto também pelo prisma do fracasso de quem ensina.

[...] às vezes, o meu sentimento é de frustração, porque eu sei que dentro da metodologia os alunos têm pouco tempo pra estudar e também apresentam dificuldades para compreender [...] tem vezes que eu me sinto

tão alegre, porque [...] o aluno dá uma explicação [...] o sentimento fica assim, sabe, flutuante, e a gente vai tentando sobreviver [...] Às vezes me pergunto se o erro está em mim [...] (T5 G1)

[...] sentimento de desafio que os professores falaram, eu acho que isso é geral, principalmente quando você encontra dificuldades específicas de um ou outro aluno [...], e mais com relação ao comportamento dos alunos [...] aí vem o pensamento de que forma posso mudar minha forma de conduzir, de mediar [...] (T7G2)

[...] desafio, eu acho que é desafio de como poder recuperar esses alunos [...] como poder fazer crescer. (T3G2)

A aprendizagem abrange diversos fatores, tem relação com a singularidade de cada estudante e deve ser considerada sob suas condições internas e externas. De acordo com Pain (2009), é preciso reconhecer cada aluno a partir de sua subjetividade e de sua forma de aprender.

Diante disso, os problemas escolares não devem ser analisados sob o ponto de vista apenas do conteúdo ou da metodologia; é necessário que se verifiquem outros aspectos, como a relação professor-aluno, as questões de ordem biológica, genética, social e familiar (OSTI; BRENELLI, 2013), ou seja, o aprender deve ser entendido como uma responsabilidade compartilhada

[...] fico muito feliz, isso é uma coisa que me agrada bastante, mas também há os momentos de frustração, quando você vê que o aluno não tá andando, não tá acompanhando [...] fico pensando sobre o que pode estar por trás da dificuldade. (T4G2)

[...] desafio, e nesse sentido me traz angústia de não saber exatamente olhar e detectar o problema e como lidar com esse problema uma vez que ele for detectado [...] (T1G2)

O processo de ensino-aprendizagem ocorre em meio a várias situações conflitantes que envolvem os valores do professor, do estudante, da família e da sociedade, e que podem ser resolvidas por meio da sensibilidade proporcionada pela experiência. É importante destacar que os facilitadores devem saber lidar com seus sentimentos para não demonstrá-los por meio de atitudes e observações no ambiente de aprendizagem, e que precisam despertar ou reforçar o sentimento de incapacidade do aluno, corroborando o que afirma Osti e Brenelli (2013): que as críticas e os comentários negativos do professor podem levar o estudante a sentir-se rejeitado e reforçar sua percepção de incapaz.

A emoção não é uma ferramenta menos importante que o pensamento. A preocupação do professor não deve se limitar ao fato de que seus alunos pensem profundamente e assimilem [...], mas também que a sintam. [...] as reações emocionais devem constituir o fundamento do processo educativo. (VYGOTSKY, 1991, p.121)

5.2.1.3 Formação docente para condução do grupo tutorial na aprendizagem baseada em problemas

A habilidade para conduzir um grupo, administrar as dinâmicas interpessoais e tornar-se mais próximo dos estudantes, buscando compreender seus comportamentos nas atividades coletivas e em seu desempenho individual, é função do facilitador. Para isso, é preciso que ele apresente qualificação não apenas na área pedagógica, mas também em campos específicos do conhecimento para o exercício da docência e, conseqüentemente, para sua atuação no espaço de aprendizagem. É possível identificar a necessidade de treinamento dos sujeitos de pesquisa quando se reporta às falas abaixo:

[...] tivemos acho que uns dois treinamentos [...] mas não foi voltado para a tutoria, como a gente lidar com os alunos. Foi mais pra gente entender o mapa conceitual, tivemos muita informação sobre a técnica do PBL, mas não em relação ao indivíduo. (T3 G2)

[...] temos a formação técnico-científica, a gente não tem uma formação mais ligada à psicologia, psicopedagogia [...] (T4G2)

A formação continuada possibilita ao professor compreender e refletir a cerca dos problemas de seu cotidiano, passando a atuar de forma consciente em sua prática educativa. Entende-se que o processo ensino-aprendizagem é uma via de mão dupla, ou seja, investir na formação do professor é tão importante quanto na formação do estudante; como aponta DEMO (2007, p. 11) “investir na qualidade da aprendizagem do aluno é, acima de tudo, investir na qualidade docente”. A ausência de qualificação do facilitador, sujeito desta pesquisa, impulsiona-o a usar a intuição em sua prática pedagógica, na maioria vezes, deixando-o inseguro, como se destaca nas falas abaixo:

[...] minha forma de conduzir é inteiramente intuitiva. Eu tive um acompanhamento inicial com a tutora Z [...] acompanhei na primeira e na segunda sessão [...] não é o suficiente [...] isso nos deixa inseguros [...] (T1G2)

[...] não tive formação psicopedagógica, eu acompanhei um evento na faculdade, eu acompanhei o tutor Y, eu tive esse privilégio [...] e ver como ele conduzia os alunos. Mas, mesmo assim, eu uso também uma parte intuitiva [...] não tive outras formações com relação a dinâmica de grupo[...] (T7G2)

Ratificando a ideia de Isaia e Bolzan (2011), percebe-se que o início da trajetória desses educadores nesse contexto é insuficiente para sua atuação, visto que a maioria deles atuam baseados em suas intuições e em modelos internalizados a partir de experiências com seus mestres ou com seus pares, tudo isso associado a conhecimentos de uma determinada área científica e de uma atividade profissional distinta da prática docente na metodologia da ABP. As falas abaixo retratam esse panorama.

[...] fiz treinamento observando o tutor X, deu pra ver tanto a parte técnica quanto à parte intuitiva que ele usava e, com isso, eu assimilei bastante e adotei em minha prática. (T6G2)

[...] tive uma apresentação [...] com slides explicando o que era esse método de ensino [...] depois desse momento, eu acompanhei o curso junto com os alunos, de como é que eram os passos e tudo mais [...] a parte técnica acaba sendo a parte mais simples, mas, no final das contas, o que pesa mesmo é a experiência que a gente já traz e o intuitivo [...] De início, a gente tem a tendência de seguir aquele modelo que a gente acompanhou [...] (T2G2)

[...] fiz a capacitação no início como todo mundo fez [...] depois a gente foi lendo, fez alguns cursos que abordavam, mas nunca como deve ser essa dinâmica [...] (T5G1)

[...] fiz o treinamento com o tutor Z, eu assisti alguns grupos de tutoria antes, até mais do que o necessário pra pegar um pouco mais de vivência (T4G1)

[...] Essas coisas todinhas que eu faço são coisas mais ou menos intuitivas [...] eu acompanhei três sessões de tutoria antes de começar, e tive a orientação técnica, mas não acredito que isso seja o suficiente [...] tenho preocupação quanto ao êxito da aprendizagem. (T6G1)

A leitura e análise dos dados contribuíram para melhor conhecimento e entendimento acerca da dinâmica dos sujeitos de pesquisa no contexto da ABP. Percebe-se que a forma como são preparados para atuação nesse cenário de aprendizagem é precária e demanda uma formação mais consistente por parte desses profissionais.

O descontentamento com o pouco treinamento e a preocupação com a efetividade da aprendizagem dos estudantes mostram que suas atitudes são fundamentais. Refletir sobre a própria práxis docente é uma competência pedagógica necessária à eficácia do processo ensino-aprendizagem, o que

corroborar Dolmans; et al. (2002 apud CASALE, 2013), que ressaltam a relevância da reflexão para o papel do facilitador no contexto da metodologia da ABP.

5.2.2 Transtorno de ansiedade social no cenário da aprendizagem baseada em problemas

Esta categoria aborda a percepção dos tutores acerca do Transtorno de Ansiedade Social em estudantes de medicina no contexto dos grupos tutoriais na metodologia da ABP, bem como da identificação das manifestações dos seus sintomas e das estratégias utilizadas nesses casos.

5.2.2.1 Percepção e conhecimento do tutor acerca do Transtorno de Ansiedade Social

A leitura dos discursos dos sujeitos de pesquisa, participantes do Grupo Focal, revelou que eles conseguem perceber que existe algo diferente no comportamento e na postura do estudante; porém, pelo pouco conhecimento, não é possível identificar os sinais característicos de TAS, confundindo-os com timidez ou outra condição psicológica. Como aponta D'el Rey (2001 apud SANTOS 2013), esse transtorno é confundido com timidez, mas é muito mais do isso, pois acarreta intenso sofrimento psíquico e interfere na vida pessoal, acadêmica e profissional. Isto pode ser verificado nos recortes das falas abaixo expostas:

[...] Eu não sei direito o que é, não vou mentir. Eu penso que seja uma pessoa que é muito tímida, que tem medo de se expor, de falar em público, mas eu não tenho certeza não [...] pessoas muito tímidas que falam pouco, na hora da apresentação do artigo é a hora que a gente nota mais, pelo menos eu noto, ficam gaguejando, ficam nervosos [...](T9G1)

[...] Tem o aluno silencioso, e você não sabe fazer uma avaliação diagnóstica daquele silêncio [...] (T7G1)

[...] Não saber se apresentar em público pra mim eu não sei se é um sintoma de fobia, porque todo mundo tem né? [...] (T8G1)

[...] os problemas mais comuns na tutoria é de ansiedade e timidez [...] ansiedade pode ter várias causas [...] porque fica com medo que o professor vá lhe perguntar, vá arguir, naquele momento você tem medo de não saber responder, e qual o peso de não responder [...] é às vezes insegurança. (T7G2)

Em relação ao transtorno de ansiedade social, eu não sei qual é a definição, [...] a gente, intuitivamente, consegue perceber o comportamento diferente [...] os mais comuns giram em torno da timidez [...] (T2G2)

As falas dos sujeitos do estudo revelam seu envolvimento com a temática e o desejo de falar sobre experiências que vivenciaram em relação às dificuldades com algum estudante. No depoimento do entrevistado, T3G2 diz que: “[...] tive uma vivência no semestre passado de um jovem [...] que quando começava a falar pronto, esquecia tudo, acabou-se. Era só chegar a vez dele se manifestar e ele travava, não falava nada [...] é muito importante saber identificar, mas também conduzir [...].” Isto mostra que o facilitador exerce seu papel, dentro desse contexto, de forma consciente. Acredita-se que a ausência desta identificação pode comprometer o desenvolvimento tanto do facilitador como do estudante.

Eu tive a oportunidade de ter esse semestre uma aluna com fobia social. [...] eu percebia que ela era muito tímida, ela chegava atrasada nas aulas, mas não porque ela não conseguia o horário, ela estava na faculdade, mas ela entrava depois que a aula começava, porque estava todo mundo virado pra aula e ninguém via na hora que ela entrava [...] na penúltima sessão de tutoria [...] ela disse professora, eu vim só pra lhe agradecer por tudo, porque eu estou trancando o curso, na verdade estou abandonou o curso” [...] (T2G1)

No ensino superior, por exemplo, os estudantes que apresentem essa condição do TAS geralmente evitam participar de situações que estejam relacionadas à exposição, principalmente a comunicação oral. Diante dessas situações, sintomas físicos intensos aparecem entre eles taquicardia, sudorese, rubor e dispneia (SANTOS, 2013). O diagnóstico é clínico, e, apesar de ter semelhança com a timidez, pode ser diferenciado no que diz respeito à sua gravidade, prejuízos e sofrimento (WAGNER; et al. 2014). Dessa forma, entende-se que é de suma importância o conhecimento desse transtorno pelos facilitadores, a fim de que não haja banalização dos sintomas e seja adequada a condução desses estudantes nas sessões tutoriais, propiciando o enfrentamento a partir de ajustamentos em sua conduta.

Percebe-se, nas falas dos sujeitos de pesquisa, que, por falta de conhecimento, não conseguem perceber ou valorar os sinais discretos ou aparentes dos estudantes com esse transtorno, confundindo-os com timidez ou com falta de estudo; assim, torna-se o processo mais doloroso e dificultado seu desenvolvimento e desempenho.

Eu acho que não obrigatoriamente é medo de falar, eu acho que até essa questão de quem fala muito rápido, pode se manifestar até assim, vou falar primeiro porque daí eu resolvo logo esse problema.[...] Mas o medo não só de falar, às vezes de esse expor, dos outros repararem na imagem também,

[...] É o medo de se expor sobre vários aspectos, na fala, no aspecto físico, nos trejeitos [...] mas isso pode ser apenas timidez. (T1G1)

[...] não consegui identificar, até o momento, não houve nenhum aluno que eu ache, na minha visão pessoal, que tenha fobia social [...] a minha visão pessoal, o que eu acho que deveria servir de padrão diferencial do aluno que tem fobia social do aluno tímido é que, na fobia, isso tá impossibilitando ele de fazer coisas, porque às vezes o cara é tímido e ele consegue ir Tateando e fazer. Agora, na fobia social não, eu acho que lá bloqueia, não consegue falar, às vezes tem transtornos físicos, não respira, fica pálido. Mas não tenho certeza [...] (T4G2)

[...] Eu não sei o que é de fato transtorno de ansiedade [...], gente tenta identificar os alunos, tem os que são mais fáceis de identificar, são os primeiros que a gente corre pro SAP [...] e também buscar algum tipo de orientação de como agir com esse aluno [...] (T1G2)

[...] acho que um transtorno de ansiedade não é uma coisa extremamente visível [...] como a gente ver no aluno que é calado ou o aluno que fala demais porque é ansioso. Tem uns meios termos aí que a gente fica com muita dificuldade, e eu acho que eles escapolem, eu acho que eles passam e a gente não tem muita alternativa pra trabalhar com eles [...] (T1G2)

5.2.2.2 Identificação pelo tutor de estudantes com Transtorno de Ansiedade Social

No Grupo Focal, os sujeitos da pesquisa expressaram que, em algum momento, já identificaram, nas sessões tutoriais, estudantes com comportamentos diferenciados; por exemplo, reservados, silenciosos, tímidos, ansiosos, entre outros. No entanto, percebe-se que a dificuldade tem como foco principal o falar, expressar-se verbalmente, ou seja, na comunicação oral, como se pode perceber nas falas dos pesquisados.

Tinha uma menina que, quando eu fazia uma pergunta pra ela, ela era branquinha [...], ficava toda vermelha, e eu via evolução dela durante o semestre, ela foi controlando, quer dizer, foi uma coisa que deu pra controlar tranquilo [...] na fobia social, não sei exatamente a definição, mas [...] é quando a pessoa se sente rejeitada pelo grupo, também com uma dificuldade grande de se expressar, a pessoa tem conteúdo, mas tem medo, ela se coloca com dificuldade de trabalhar em grupo [...] (T7G2)

Tem um aluno que ele é bem peculiar na timidez dele, ele é tenso, vai apresentar um seminário, ou um mapa e não dá chance pra eu fazer a pergunta. A gente tenta fazer a pergunta, e ele continua de onde ele parou ou ele para e fica olhando, mas ele não dá essa oportunidade. Mas eu acho que seja mais caso de timidez e não de fobia em si. (T6G2)

Eu estou com um caso aqui [...] na avaliação onde eles avaliam os colegas e fazem também a autoavaliação [...] ela simplesmente avaliou os alunos de forma coerente, mas, na vez dela, praticamente colocou zero em quase todos os aspectos [...] desde o início se colocou como tendo timidez e dificuldade de trabalhar em grupo [...] estou com essa dificuldade [...] (T7G2)

Analisando as falas dos sujeitos, ratifica-se que a dificuldade de falar em público está presente em todas elas, estando coerente com McNeil (2010 apud Wagner et al., 2014) quando afirma que falar em público exige do indivíduo habilidades sociais e de controle da ansiedade social. Dessa forma, se ele apresenta déficit em qualquer uma delas, o prejuízo, conseqüentemente, implicará também a outra.

Assim, vai-se tornando cada vez mais óbvia a necessidade de conhecimentos por parte dos facilitadores para identificar e saber lidar com as dificuldades dos estudantes. Schellin e Oliveira (2013) afirmam que é importante os educadores estarem preparados para identificar as dificuldades, e que existe a possibilidade de eles estarem prejudicando o desempenho dos estudantes, buscando conhecimentos em fontes científicas para fundamentar suas ações, visto que a falta ou o pouco conhecimento e o preparo para lidar com esses casos podem acentuar essa situação.

As falas abaixo corroboram esse pensamento:

[...] eu tenho deixado que eles tomem conta da discussão [...] ficam mais à vontade sem que eu interfira [...] caso não se manifeste, então eu vou puxando. [...] quando não conseguem nada, eu espero a avaliação motivacional [...] então eu digo: olha, ao término de cada tutoria, você pode conversar comigo pra gente tentar explicar melhor uma coisa em particular [...] mas, às vezes, observo que o resultado não foi bom. (T3G2)

[...] cada um fala e, geralmente, as pessoas que não estão falando [...] a gente tem que avaliar a fala e dar a nota. [...] então, quando a pessoa não tá falando, aí a gente diz: fulano de tal, o que você acha? Eu tento estimular a pessoa que não tá falando, eu puxo pelo nome. [...], eles mesmos levantam a mão, aí quem não levantou a mão pra responder os objetivos, eu abordo. [...] tem que dar a oportunidade da pessoa falar mais, para poder estimular [...] às vezes, não consigo mobilizar, e ele fica mais retraído. (T9G1)

Um dos pesquisados traz para a discussão outros tipos de transtornos, como o Autismo e o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, e fala de sua preocupação com a condução desses estudantes.

[...] Timidez é uma coisa muito comum, mas fobia é uma coisa mais exagerada [...] a pessoa que tem fobia ela pode ter sensação de desmaio, história do vômito, as mãos ficam geladas, suadas, a postura dela muda [...] minha preocupação não é com a fobia, poucas pessoas terão fobia numa tutoria, que tem pouca gente, é mais fácil ter fobia quando você botar lá na lateral e disser: fulano aqui na frente de todo mundo, aí o cara se desmonta, é mais fácil de você ver [...] (T3G1).

[...] meu problema não é dizer: fulano tem fobia [...] é dizer: qual é o meu aluno de medicina que tem autismo? Que tem TDAH? [...] são extremamente inteligentes, passam em tudo que é de prova, mas não conseguem relacionamento interpessoal [...] Esse aluno precisa de ajuda, porque além dele sofrer o bullying [...], não se integra coma turma; entra em depressão e se suicida (T3G1).

Sabe-se que o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH causa prejuízos na vida acadêmica do estudante universitário em razão da dificuldade em manter o foco da atenção e se dispersar facilmente, afetando a aprendizagem, e que o comportamento impulsivo pode interferir na autoimagem afastando-o do convívio social, assim como o Transtorno do Espectro Autista – TEA, que é caracterizado pelo déficit na comunicação e interação social e apresenta comportamentos repetitivos e interesses restritos (AMERICAN PSYCHIATRIA ASSOCIATION, 2014). Em consonância com o que se afirma, a pesquisadora concorda com a colocação da pesquisada acerca da necessidade de estudos sobre esses transtornos no contexto do ABP.

Entende-se que o facilitador precisa estar capacitado para saber lidar com estudantes que apresentem estes e outros transtornos ou dificuldades que comprometam a aprendizagem e a dinâmica do grupo tutorial, como também para saber criar um ambiente propício à construção do conhecimento e à integração e interação social. A lacuna de conhecimentos específicos nessa área pode gerar angústia e sentimento de incapacidade nos atores educativos (HONNEF, 2013). As falas abaixo revelam a falta de preparo dos pesquisados e suas dificuldades em lidar com esses estudantes nas sessões tutoriais.

[...] Na minha experiência em todas as turmas, eu tive alguém que precisava de um pouco mais de atenção [...] com dificuldade de se expressar, de colocar o seu conhecimento [...] são pessoas que tiram notas boas ou razoáveis, pelo menos, nas outras disciplinas, mas que, na tutoria, não conseguem se expressar [...] a gente tenta ajudar, mas não fico segura se estou agindo certo [...](T2G2)

[...] minha experiência tem-me levado pra essa estratégia de fomentar um ambiente agradável e de amizade entre os alunos, pra que eles consigam superar suas dificuldades [...] nem sempre é possível, me sinto impotente [...](T1G2)

[...] Em relação a eu saber identificar fobia social, tenho medo de tá deixando passar. O resto eu acho que é espírito de defesa sabe, eu acho que o resto é treinamento, eles são tímidos [...](T6G1)

No resgate das transcrições das falas, pode-se perceber, cada vez mais, a necessidade de cursos de capacitação que contribuam para a formação e atuação docente nessa área de conhecimento, bem como a orientação para a busca de apoio e possíveis encaminhamentos para o caso identificado. Algumas Instituições de Ensino Superior oferecem um Serviço de Apoio Psicopedagógico composto por psicólogos e psicopedagogos, como é o caso da Unichristus, universo desta pesquisa, cuja função é orientar estudantes e docentes, sendo, portanto, fundamental que todos conheçam a existência deste setor. A fala abaixo mostra a importância do apoio desse setor para a condução adequada à singularidade de cada caso:

Esse semestre eu tenho um aluno que é mais calado [...] com a orientação da professora do Serviço de Apoio Psicopedagógico, passei a fazer algumas perguntas antes de abordá-lo: como é que você prefere que a gente faça? Você prefere que eu lhe pergunte, lhe direcione ou você quer esperar o seu momento de falar? [...] assim, ele se sentiu mais confortável [...] tem funcionado bem [...](T2G2)

Os relatos de experiências vivenciadas nas sessões tutoriais expostos em suas falas revelam que, diante de um estudante com comprometimento na comunicação e nas relações interpessoais, faz-se uso de algumas estratégias de forma intuitiva. É importante destacar que a comunicação não envolve apenas a expressão verbal por meio da fala, ela também envolve o comportamento; e, em um contexto interpessoal, ele pode ser afetado (WATZLAWICK, 1967). De fato, em um processo de interação, o impacto da comunicação pode modificar o comportamento dos sujeitos, pois se volta para suas necessidades psicológicas. A empatia surge a partir das motivações e emoções decorrentes desse processo, ou seja, das relações interpares, emergindo daí “a discussão do aprender como um processo que integra cognição-afeto-cultura” (BATISTA, 2006, p. 40).

5.2.2.3 Sugestões do tutor para a melhoria do processo de condução da tutoria e para lidar com estudantes que manifestam sinais de Transtorno de Ansiedade Social

Quando questionados sobre sugestões para a melhoria do processo de condução da tutoria e para lidar com estudantes que manifestam sinais de Transtorno de Ansiedade Social, os facilitadores apontaram a troca de experiências

entre eles, os cursos de capacitação e um informativo escrito, todos como recursos importantes e necessários à atuação nesse contexto de aprendizagem.

[...] nós não temos nenhuma formação nessa área, a minha observação é como a de todos os colegas, intuitiva [...], a gente precisa de um aprendizado mesmo psicopedagógico pra poder conduzir [...] Porque se a gente nem sabe definir a coisa, como é que você vai enxergar sinais? [...] que habilidade a gente tem que ter pra poder lidar com esses indivíduos? [...] (T3G2)

É importante a formação, mas talvez não consiga atingir 100% dos tutores [...] para complementar eu acho interessante fazer um material escrito que pudesse ser entregue para cada tutor [...] com os sinais de alerta pra você ter o mínimo de noção pra poder identificar, já dizendo alguma estratégia de manejo. (T7G1)

[...] A próxima atualização pedagógica podia ser sobre isso daí em vez de ser sobre termos teóricos e técnicas para aplicação da ABP, a gente podia fazer sobre temas com psicólogos, fobia social, a questão do aprendizado, fobia social, TDH, alguma coisa assim [...] sempre tem sobre como elaborar provas teóricas, como elaboras provas práticas. Podia fazer mais sobre esse tipo de coisa, como lidar com o aluno com fobia social, ansiedade de desempenho, TDH, como a gente faz com os alunos, como lidar com isso [...] (T9G1)

Diante das colocações dos sujeitos da pesquisa, entende-se que é indispensável o desenvolvimento de um programa de capacitação de tutores e estudantes, para que se identifiquem e familiarizem-se com a metodologia da ABP. Não obstante, este não deve restringir-se apenas a seus aspectos técnicos. Essa formação deve envolver o conhecimento sobre os processos psicológicos que podem prejudicar a aprendizagem, como também os manejos e as estratégias que favoreçam a aprendizagem (SOUZA; DOURADO, 2015).

A partir da análise do conteúdo transcrito é possível identificar o desejo e interesse dos tutores em se apropriar de novos conhecimentos que possibilitem a melhoria da práxis pedagógica e, conseqüentemente, o processo ensino-aprendizagem.

[...] o principal foco nosso chama-se capacitação; tem que capacitar o professor, o tutor. Estamos falando aqui com médicos, pessoas que teoricamente viram psiquiatria, e os tutores do primeiro semestre, que são biólogos, bioquímicos [...] não temos noção do que é uma fobia, do que é um pânico, do que é uma ansiedade [...] capacitação não é num sábado de manhã num auditório lotado, cheio de gente, é para ser realizado por semestre, com grupos pequenos, onde podemos trocar experiência e discutir casos [...] (T2G1)

[...] penso é [...] em treinamentos, com capacitação específica pra gente pelo menos ver esses sintomas, não precisa ser um expert na área, mas [...]

treinamento básico [...] que possa nos capacitar para melhorar nossa atuação[...] (T5G2)

[...] seria interessante fazer uma cartilha, eu não sei se já tem esse sistema [...] não só para os professores [...] mas até para os alunos [...]então daria a oportunidade deles terem contato também com o transtorno e até identificar eles mesmos um colega e procurar ajuda [...] (T8G1)

O tutor precisa ter habilidade para estabelecer relações interpessoais positivas com os estudantes. Mudanças em sua postura poderão causar impacto negativo nas relações interpessoais com eles e, até mesmo, com seus pares. A ausência dessa habilidade pode comprometer todo o processo de ensino-aprendizagem, como também para as dinâmicas na aplicação da ABP, daí a importância de conhecer bem essa metodologia, ter o domínio sobre suas etapas e estar preparado para o uso de novas estratégias ao surgirem imprevisibilidades no percurso. Portanto, é essencial que se tenha competência nas técnicas e dinâmicas de grupo para atuar como um bom facilitador do processo de construção do conhecimento e da aprendizagem (SOUZA; DOURADO, 2015).

Entretanto, as falas dos sujeitos da pesquisa indicam que não é suficiente ter competência técnica para uma boa atuação como tutor, em face da metodologia da ABP, tanto no que diz respeito à condução da dinâmica do grupo tutorial quanto ao reconhecimento de estudantes com TAS ou outros tipos de transtornos e dificuldades. Fundamentada nos achados desta pesquisa, percebeu-se que a formação atual docente dos tutores não subtende, necessariamente, que estejam aptos a atuar nesse cenário de ensino e aprendizagem, temática deste estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitem algumas considerações relacionadas à importância da capacitação e dos conhecimentos dos tutores em dinâmica de pequeno grupo, à identificação de estudantes com manifestação de sintomas do transtorno de ansiedade social (TAS) e à necessidade de um manual orientador com esses temas.

O TAS é um transtorno que implica prejuízos tanto no processo de aprendizagem quanto no desempenho acadêmico e social dos estudantes. Dessa forma, buscou-se identificar sua prevalência, assim como o reconhecimento dos atores educativos sobre essa temática no contexto da ABP, de onde emergiu a necessidade de propostas que possam contribuir para a melhoria do processo de aprendizagem. Não obstante, os poucos estudos nessa área, aliados ao índice elevado de estudantes de medicina com esse transtorno, confirmam a relevância científica e social desta pesquisa.

Diante disso, os resultados dessa investigação científica se mostraram relevantes e significativos para a área de estudos acerca desse transtorno, revelando suas implicações, não só no que se referem à ABP e seus desdobramentos nos processos educacionais, como também ao indivíduo, em seu caráter mais amplo, cuja repercussão se expressa na qualidade de vida desses estudantes.

Ao lançar o olhar sobre os tutores, a pesquisa revelou ainda a falta de conhecimentos sobre o TAS e a dinâmica de pequenos grupos, despertando, assim, sentimentos de insegurança e impotência em sua práxis pedagógica. Com isso, revela-se a necessidade de inserção destes conteúdos nos programas de capacitação docente e da elaboração de um instrumento educativo (manual) com a perspectiva de orientação acerca de ações e estratégias psicoeducativas adequadas ao processo de ensino-aprendizagem em sessões tutoriais.

A pesquisa realizada valeu-se da utilização de escalas autoaplicáveis para a avaliação de ansiedade, apontando a manifestação da ansiedade, em diferentes níveis, em quase metade (40,7%) dos estudantes de medicina, sujeitos deste estudo. No que se refere aos sintomas do transtorno de ansiedade social (TAS), 59,2% destes alunos apresentaram alguma forma de sintomatologia deste

transtorno, com predominância no sexo feminino e em indivíduos mais jovens dos semestres iniciais do curso. Observou-se, ainda, que os estudantes triados com casos de TAS relataram um histórico familiar com maior ocorrência de transtorno mental, assim como uma maior busca por acompanhamento psicoterápico ou psiquiátrico.

Verificou-se, também, que estudantes com sintomas sugestivos de TAS apresentam nível mais elevado de ansiedade, como também alto nível de dificuldade para se expressar durante as sessões tutoriais.

Ao fazer uma comparação dos resultados acerca da prevalência de sintomas de TAS em estudantes de medicina distribuídos por semestres, observou-se que há uma diminuição das manifestações dos sintomas do TAS, à medida que o curso vai avançando, apontando que existe uma diferença significativa dessa prevalência entre o primeiro e o oitavo semestre do curso. Nesta direção, embora esta investigação científica não tenha analisado, especificamente, este aspecto, a pesquisa sugeriu que a exposição oral nas sessões tutoriais, ao longo dos semestres, pode contribuir para suavizar os sintomas, visto que uma das formas de tratamento é a exposição, o que é corroborado por Ballone (2007) ao apontar que a exposição é considerada como uma das técnicas de intervenção terapêutica mais eficaz em indivíduos com esse tipo de demanda. Assim, ainda segundo a literatura científica, a terapia cognitivo-comportamental aliada à farmacologia, em alguns casos, constituem-se como as principais intervenções terapêuticas para o tratamento do TAS, cujas técnicas utilizadas, em sua maioria, são a estruturação cognitiva, a exposição real ou virtual, o treino de habilidades sociais e as técnicas de relaxamento (D'EL REY; BEIDEL; PACINI, 2006).

Aprofundando as considerações finais, emergem os achados empíricos concernentes aos tutores, cuja relevância se expressa por conduzir e integrar, junto ao estudante, o grupo tutorial. Neste sentido, os resultados indicaram que os tutores que participaram deste estudo têm pouco ou nenhum conhecimento sobre TAS, dinâmica de grupo e estratégias para o manejo adequado da sessão tutorial. Outro dado a ser destacado está relacionado à capacitação de tutores, que se restringe a uma formação mais técnica acerca dos passos da ABP por meio de cursos e observação da prática de tutores mais experientes. O resultado da análise do conteúdo exposto nas falas dos pesquisados revela que essa formação não é suficiente para a atuação nesse contexto de ensino-aprendizagem.

Diante disso, é de fundamental importância que o tutor tenha conhecimento acerca dos fundamentos que embasam a metodologia de ensino-aprendizagem da ABP, tanto no que diz respeito aos aspectos pedagógicos para a condução adequada do processo, quanto às questões de ordem psicológica. Este último aspecto, por sua vez, assumiu uma posição de destaque, considerando o impacto que a carência de compreensão destas questões de ordem psicológicas acarreta na qualidade do manejo dos grupos tutoriais e, conseqüentemente, da formação acadêmica e humana dos estudantes.

Ademais, é preciso compreender a relação que se estabelece nas práticas pedagógicas, levando em consideração a formação do grupo, a tipologia psicológica de seus membros e os transtornos mentais mais comuns nessa população, particularmente o TAS, visando ao uso de estratégias pertinentes às singularidades de cada caso e ao grupo de um modo geral, para, com isso, prevenir ou minimizar possíveis danos no desempenho acadêmico e social desses estudantes.

Em segunda análise, aponta-se a importância de se considerar a formação contínua do tutor para atuar nesse contexto, propiciando a identificação e o aprimoramento de suas habilidades. Sem essas condições, conhecimentos teóricos e práticos necessários à condução da sessão tutorial, podem reproduzir uma práxis pedagógica fundamentada em erros e modelos engessados. A capacitação docente é indispensável ao fazer pedagógico (VASCONCELOS 2009; CORRÊA; et al. 2011).

Assim, a elevada prevalência de TAS, apontada nesta triagem, aliada ao frágil conhecimento do tutor, como também às lacunas em sua formação para atuação no cenário da ABP, justificam o estímulo à adoção de medidas psicoeducativas e estratégias pedagógicas que venham a auxiliar a redução de sintomas de ansiedade social nos estudantes, favorecendo, assim, o processo de ensino-aprendizagem e corroborando a importância da capacitação do tutor para sua práxis pedagógica no grupo tutorial, uma vez que alguns acadêmicos que têm dificuldade de comunicação optam, como defesa, pelo silêncio, ocasionando que suas avaliações formativas sejam insatisfatórias. Dessa forma, o tutor capacitado saberá identificar e distinguir o estudante silencioso em suas diversas formas de se manifestar (inibição, timidez, educação, transtorno de ansiedade social, entre outras).

Ressalta-se que a existência da alta prevalência de TAS em contexto contemporâneo e acadêmico permitiu à psicóloga, enquanto pesquisadora, atuante nas áreas Educacional e Clínica, a reflexão crítica sobre os aspectos do funcionamento social e familiar, observando um descompasso entre a 'sociedade da performance', cada vez mais exigente por desempenho e conhecimento, e a dinâmica familiar que não promove frustração e limites.

Entende-se que a realização desta pesquisa com estudantes que apresentam esse transtorno contribuiu para o debate reflexivo sobre a importância da qualificação docente para o uso de metodologias ativas, particularmente da ABP, no contexto universitário, assim como para a criação de instrumentos pedagógicos que orientem o tutor na condução das dinâmicas tutoriais, possibilitando, portanto, a melhoria no processo ensino-aprendizagem.

Nesta pesquisa, não foi realizado estudo comparativo entre a ABP e outras estratégias de ensino-aprendizagem, por não configurar objetivo deste estudo. Considerando este cenário, aponta-se este território a ser explorado cientificamente, incluindo estudos que contemplem outras metodologias, estabelecendo a comparação entre elas e a análise acerca de seus desdobramentos para aspectos pedagógicos e psicológicos em estudantes de medicina ou mesmo de outras áreas. Além disso, esta investigação foi realizada em apenas uma instituição de ensino superior, podendo apresentar divergências de resultados ou manifestações específicas em outros contextos acadêmicos.

Em última análise, destaca-se que, a partir dos achados empíricos desta investigação, mencionados anteriormente, foi elaborado um manual destinado aos Tutores, apresentado no Apêndice E desta dissertação e intitulado *Manejos em Grupo Tutorial – Aprendizagem Baseada em Problemas*. Destarte, as reflexões empreendidas que culminaram com a elaboração do manual dialogam com a concepção de Paulo Freire (2000), em sua Terceira Carta Pedagógica, ao sinalizar que os processos educacionais devem transpor os problemas da sala de aula, menciona: “Se a educação sozinha, não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda.” (FREIRE, 2000, p. 67). Nesta perspectiva, a educação assume dimensão ético-política, prestando devida contribuição à sociedade, em seus graves problemas, incluindo a saúde mental. Por fim, o referido manual se alicerçou na ideia de que a psicoeducação funciona como uma importante ferramenta para uma formação acadêmica e humana dos estudantes, fomentando uma práxis reflexiva e

tecnicamente consistente, aprimorando a conscientização e cultura da Saúde Mental em sala de aula.

.

REFERÊNCIAS

- ABREU, N. R.; BALDANZA, R. F.; GONDIM, S. M. G. Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. **Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação**, São Paulo, v. 6, n.1, p.23-42. 2009.
- AGUIAR, S. M. et al. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 34-38, 2009.
- AKTEKIN, M. et. al. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: A prospective study in Antalya, Turkey. **Medical education**. Oxford, v. 35, n. 1, p. 12-17, 2001.
- ALMEIDA, E. G.; BATISTA, N. A. Desempenho docente no contexto do PBL: essência para aprendizagem e formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 37, n.2, p. 192-201, jun. 2013.
- ALMEIDA, A. M. et al. Common mental disorders among medical students. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.56, n. 4, p.245-251, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIA ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM 5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANASTACIOU, L. G. C. Estratégias de ensinagem. In: ANASTACIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. (Org.). **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em sala de aula**. 3. ed. Joinville: UNIVILLE, 2004. p. 68 -100.
- ASCHIDAMINI, J. M; SAUPE, R. Grupo focal estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1700>>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- ASSUNPÇÃO JÚNIOR, F. B. (Org.). **Psiquiatria da Infância e da adolescência: casos clínicos**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. **Educational psychology: a cognitive view**. 2. ed. Nova York: Holt, Rinehart and Winston, 1978.
- AUSUBEL, D. P., NOVAK, J. D., HANESIAN, H. **Psicologia educacional**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
- AZER, S. A. Challenges facing PBL tutors: 12 tips for successful group facilitation. **Medical Teacher**. Londres, v. 27, n. 8, p. 676-681, Dec. 2005.
- BALDASSINI, S. et al. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. **BMC Medical Education**. [S.l.], v. 8, p. 60, 2008.

BALDASSINI, S. Ansiedade e depressão no estudante de medicina: revisão de estudos brasileiros. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v.6, p. 19-26, out. 2010.

BALDASSINI, S.; MARTINS, L.C.; ANDRADE, A.G. Traços de ansiedade entre estudantes de medicina. **Arquivos de Medicina ABC**, Santo André, v. 31, n. 1, abr. 2006.

BALLONE, G. J. **Fobia (e ansiedade) Social**. [S.l]: psiqweb, 2007. Disponível em: <<http://psiqweb.net/index.php/ansiedade-2/fobia-ou-ansiedade-social/>>. Acesso em: 7 jun. 2017.

BATISTA, S. H. S. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.30, n. 1, p.39-46, jan.-abr. 2006.

BAPTISTA, C. A. et al. Social phobia in brazilian university students: prevalence, under-recognition and academic impairment in women. **Journal of Affective Disorders**. Amsterdam, v. 136, n. 3, p. 857-861, Feb, 2012.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARLOW, D. H. (Org.). **Manual dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARLOW, D. H., DURAND, V. M. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. 4. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

BARRETT, T.; MOORE, S. (Ed.). **New approaches to Problem-Based Learning: revitalising your practice in higher education**. New York: Routledge, 2011.

BARROWS, H. S. Problem Based Learning Initiative. IL: Southern Illinois University School of Medicine, 2010. Disponível em: <<http://www.pbli.org/core.htm>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia dos estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**. Londrina, v. 32, n. 1, p. 25 – 40, jan.-jun. 2011.

BENAVENTE, A. **Mudar a escola mudar as práticas: um estudo de caso em educação ambiental**. Lisboa: Escolar Editora, 1993. Coleção: Cadernos de Inovação Educacional.

BERNARDO, I. C. **Investigação do nível de ansiedade e sintomas de depressão entre alunos de graduação em Odontologia**. 2010. 28 f. Monografia (Graduação)- Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, 2010.

BOBES, J. et al. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. **Medicina Clínica**. Barcelona, v. 112, n. 14, p. 530–538, 1999.

BORGES, M. C. et al. Aprendizado baseado em problemas. **Medicina (Ribeirão Preto)**. Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 301-7, jul.-set. 2014. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

BOROCHAVICIUS, E.; TORTELLA, J. C. B. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 83, p. 263-294, abr.-jun., 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11.

CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para aproximar a formação dos profissionais de saúde das necessidades de atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-39, maio-ago. 2001.

CARLINI-COTRIM B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, jun. 1996.

CARVALHO, C. J. A. **O ensino e a aprendizagem das ciências naturais através da Aprendizagem Baseada na Resolução de Problemas**: um estudo com alunos de 9º ano, centrado no tema sistema digestivo. 2009. 301 f. Dissertação (Mestrado em Supervisão Pedagógica em Ensino das Ciências)-Universidade do Minho, Braga, 2009.

CASALE, A. **Aprendizagem Baseada em Problemas**: desenvolvimento de competências para o ensino em engenharia. 2013. 162 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção)-Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2013.

CLASSIFICAÇÃO de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

COMER, J.S.; OLFSON, M. **Anxiety disorders**: theory, research, and clinical perspectives. New York: Cambridge University, 2010.

CORRÊA, A. K. et al. Formação pedagógica do professor universitário: reflexões a partir de uma experiência. In: PIMENTA, S. G.; ALMEIDA, M. I. (Org.). **Pedagogia universitária**: caminhos para a formação de professores. São Paulo: Cortez, 2011. p. 75-100.

CUNHA, Jurema A. **Manual da versão em português das Escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

COX, B. J. et al. A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. **Behavior modification**, California, v. 22, n. 3, p. 285-297,

jul. 1998.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.1, p. 5-25, jan. 1999.

DEBUS, M. Manual de excelência em la investigación mediante grupos focales. In: ESPERIDIÃO, E. **Reflexões sobre a utilização do grupo focal como técnica de pesquisa**. São Paulo: UNESP, 2004.

D'EL REY, G. J. F., & Pacini, C. A. (2005). Tratamento da fobia social circunscrita por exposição ao vivo e reestruturação cognitiva. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 32, n. 4, p. 231-235, jul-ago. 2005.

D'EL REY, G. J. F.; BEIDEL, D. C.; PACINI, C. A. Tratamento da fobia social generalizada: comparação entre técnicas. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v.8, n.1, p. 1-12, jun. 2006.

DEMO, P. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. 12 ed., São Paulo: Cortez, 2006.

DEWEY, J. **Como pensamos: como se relaciona o pensamento reflexivo como processo educativo**. 3. ed. São Paulo: Editora Nacional, 1979.

DUMAS, J. E. **Psicopatologia da infância e da adolescência**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FACUNDES V. L. D.; LUDERMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 194-200, Sept. 2005.

FERNANDÉZ, A. **A inteligência aprisionada**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 32. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002,

FREITAS, L.; FREITAS, C. **Aprendizagem cooperativa**. Porto: Edições ASA, 2002.

FIGUEREDO, L. Z. P.; BARBOSA, R. V. Fobia social em estudantes universitários. **Revista ConScientiae Saúde**. São Paulo, v. 7, n 1, p. 109-115, 2008.

OLIVEIRA FILHO, G. R. Bases teóricas para implantação do aprendizado orientado por problema na residência médica em anestesiologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 53, n. 2, p. 286-299, mar.-abr. 2003.

FIOROTTI, K. P., ROSSONI, R. R., MIRANDA, A. E.. Perfil do estudante de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p.355-362, 2010.

FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G; TURATO, E. R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.14, n. 5, set.-out. 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 79-107.

GOMES, M. M. **Habilidades interpessoais no processo educativo em medicina: a comunicação em sessões tutoriais**. 2010. 117f. (Mestrado em Ciências)-. Universidade Federal de São Paulo, 2010.

GÓMEZ, A., SÁNCHEZ, N., VALENCIA, A.L., & FRANCO, J. G. Prevalencia de síndrome ansioso en estudiantes de medicina de una universidad privada de Medellin. **Medicina UFPB**, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 39-46, enero-jun. 2008.

GONDIN, S. M. G., Grupos focais como técnicas de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia(Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, 2002.

GUSMÃO, E. E. S. et al. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da fobia social. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 118–125, jul. 2013.

HONNEF, C. Relatos de professores sobre gestão do pedagógico em uma realidade da educação especial na perspectiva da educação inclusiva. **Revista Gestão e Avaliação Educacional**, Santa Maria, v. 2, n. 3, jan.-jun. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/regae/article/download/10390/pdf>>. Acesso em 7 jun. 2017

LERVOLINO S. A., PELICIONI M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, jun. 2001.

KITZROW, M. A. **The mental health needs of today's college students: challenges and recommendations**. NASP Journal, [S.l.], v. 41, n. 1, p.165-179, 2003.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v.10, n.15, p.124-36, jun. 2004.

KNAPP, P. et al. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica** Porto Alegre: Artmed, 2004

- LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologias das escolas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2009.
- LEITÃO, F. **Valores educativos cooperação e inclusão**. Salamanca: Luso-Espanola de Esdiciones, 2006.
- LIAO, Y. et al. Symptoms of disordered eating, body shape, and mood concerns in male and female Chinese medical students. **Comprehensive psychiatry**, Nova York, v. 51, n. 5, p. 516-523, Sept.-Oct. 2010.
- LIEBOWITZ, M. R. Social phobia. **Modern problems of pharmacopsychiatry**, Nova York, v. 22, p. 141–173, 1987.
- LOPES, H. **Perfil de competências dos licenciados em engenharia**. Lisboa: Instituto Superior, 2002. Disponível em: <http://groups.ist.utl.pt/unidades/oe/files>. Acesso em: 14 jun. 2017.
- MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. **Aprendizagem Baseada em Problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. Fortaleza: Hucitec, 2001.
- MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.
- MARAFANTI, I. et al. Influência de sintomas ansiosos no desempenho acadêmico de formandos de medicina. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 58, p. 18-23, 2013.
- MARGIS, R. *et al.* Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, supl 1, p. 65–74, abr. 2003.
- MARQUES, R. **A Arte de ensinar: dos Clássicos aos modelos pedagógicos contemporâneos**. Lisboa: Plátano Editora, 1998.
- MENNIN, D. S. et al. Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. **Journal of anxiety disorders**, Nova York, v. 16, n. 6, p. 661-673, 2002.
- MEOTTI, L.; MAHL, A.C. Fobia social : incidência em acadêmicos de psicologia. **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba, v. 5, n. 1, p. 73–80, jan.-jun. 2015.
- MILHEIRO, R. I. A. G. L. **Trabalho colaborativo entre docentes: um estudo de caso**. 2013. 177 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Educação)-Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, 2013.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: HUDITEC/ABRASCO, 2006.

MORAES, M. .A. A; MANZINI, E. J. Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na FAMEMA. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 125-135, Dec. 2006.

MULLER, J. L. et al. Transtorno de ansiedade social: um estudo de caso. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 8, n. 1, jan.-jun. 2015.

NEVE, H.; MORRIS, R. Twelve tips for promoting professionalism through reflective small group learning. **School of Clinical Medicine**, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.15694/mep.2017.000043>> Acesso em: 3 jun. 2017.

OLIVEIRA FILHO, G. R. Bases Teóricas para a implantação do aprendizado orientado por problema na residência médica anesthesiologia. **Revista Brasileira de Anesthesiologia**, Campinas, v. 53, n. 2, p. 286-299, mar.-abr. 2003.

OLIVEIRA, V. T. D. **Avaliação na sessão tutorial do curso de medicina na UNIMONTES**: apreendendo concepções e práticas. 2009. 165 f. Dissertação (Mestrado em Ciências)-Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

OSTI, A.; BRENELLI, R. P. Sentimentos de quem fracassa na escola: análise das representações de alunos com dificuldades de aprendizagem. **Psico-USF**, Itatiba, v.18, n.3, p. 417-426, set.-dez. 2013

PAIN, S. Subjetividade e objetividade: **Relação entre desejo e conhecimento**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

PEIXOTO, B.; SARAIVA, C.; SAMPAIO, D. **Comportamento suicidários em Portugal**. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidiologia, 2006, p. 231-241.

PEREIRA, S. M.; LOURENÇO, L. M. O estudo bibliométrico do transtorno de ansiedade social em universitários. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 47-63, abr. 2012.

POLITY, E. **Dificuldade de ensinagem**: que história é essa...? São Paulo: Vetor, 2002.

RAMOS, R. T. Fobia social: como diagnosticar e tratar. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v.68, p. 97-101, dez. 2011. Disponível em: <docplayer.com.br/34780635-Fobia-social-incidencia-em-academicos-de-psicologia.html> Acesso em: 10 de agosto de 2016.

REGO, S. Parallel curriculum in Medicine, clinical practice, and Problem Based Learning: is there way out? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.2, n. 3, p. 35-48, ago. 1998.

REIS, V. et al. O Impacto da Metodologia Ativa de Ensino na Evolução dos Sintomas de Ansiedade Social dentre os Acadêmicos de Medicina. **Revista Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 17, n 3, 2013, p. 31-47, 2013.

RIBEIRO, L. R. C. **Aprendizagem baseada em problemas (PBL):** uma experiência no ensino superior. São Carlos: EduFScar, 2008.

RYTWINSKI, N. K. et al. Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the liebowitz social anxiety scale. **Depression and Anxiety**, Nova York, v. 26, n. 1, p. 34–38, 2009.

ROBINSON, L.; HARRIS, A.; BURTON, R. Saving face: Managing rapport in a Problem-Based Learning group. **Active Learning in High Education**, [S.l.], v. 16, n. 1, p 11-24, Mar. 2015.

ROCHA, E. S.; SASSI, P. A. Transtornos mentais menores entre estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 210-216, jun. 2013.

SAILER, A., HAZLETT-STEVEN, H. Social anxiety in the college student population: the role of anxiety sensitivity. In: Ayres, B.; Bristow, M. **Anxiety in College Students**, New York: Nova, 2009.

SANTOS, L. F. **Estudos da validade e fidedignidade da escala de ansiedade social de Liebowitz** – Versão autoaplicada. 2012. 123 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

SANTOS, L. F. Psychometric validation study of the liebowitz social anxiety scale - self-reported version for brazilian portuguese. **PLoS One**, São Francisco, v. 8, n. 7, p. 1–7, 2013.

SAVIN-BADEN, M., MAJOR, C. **Foundations of Problem-Based Learning**. New York: Open University Press. 2004.

SCHNEIER, F., SOCHA, J. **Is there a spectrum of social anxiety disorder?:** theory, research, and clinical perspectives, New York: Cambridge University, 2010.

SCHNEIER, F. R. et al. Functional impairment in social phobia. **The Journal of clinical psychiatry**, Memphis, v. 55, n. 8, p. 322-331, ago.1994.

SHAH, P. S.; KATARINA, L. (2010). Social phobia and its impact in Indian University students. **The Internet Journal of Mental Health**. [S.l.], v. 6, n. 2, 2010.

SCHELLIN, F. O; OLIVEIRA, F. A. F. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e o cotidiano escolar: implicações pedagógicas. **Revista Didática Sistemica**, Rio Grande, v. 15, n. 2, Edição Especial, p. 347, 2013.

SILVA, A. L.; PICOLLI, S. D. H. P. A orientação profissional como rito preliminar de passagem: sua importância clínica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 115-121, dez. 2001.

SILVA, L. P.; CECÍLIO, S. A mudança no modelo de ensino e de formação na engenharia. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, n. 45, p. 61-80, jun. 2007.

SIMAS, C; VASCONCELOS, F. Método ABP na medicina: origem e desdobramentos. **ComCiência**, Campinas, n. 115, 2010.

SKINNER, V. J.; BRAUNACK-MAYER, A.; Winning, T. A. Another Piece of the “silence in PBL” puzzle: students’ explanations of dominance and quietness as complementary group roles. **Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning**, [S.l.], v.10, n. 2, 2016.

SOUZA, S. C.; DOURADO, L. Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP): um método de aprendizagem inovador para o ensino educativo. **HOLOS**, Ano 31, v. 5, p. 182-200, 2015.

SOYKAN, c., OZGÜVEN, H. D., GENÇÖZ, T. Liebowitz social anxiety scale: the Turkish version. **Psychological reports**, Louisville v. 93, n. 3 Pt 2, p. 1059–69, Dec. 2003.

TORRES, P. L.; et al. Grupos de consenso: uma proposta de aprendizagem colaborativa para o processo de ensino-aprendizagem. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 4, n. 13, p. 1-17, set.-dez. 2004.

TRONCON L. E. A. Avaliação do estudante de medicina. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 4, p.429-439, out.-dez. 1996.

TURATO, E. R.; Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p.507-14, jun. 2005.

VASCONCELOS, M. L. M. **A formação do professor do ensino superior**. São Paulo: Xamã, 2009.

VIANA, M. C; ANDRADE, L. H. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the the São Paulo metropolitan area, Brasil: results from São Paulo megacity mental health survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 249-260, oct. 2012.

VORCARO, C. M. et al. The burden of social phobia in a Brazilian community and its relationship with socioeconomic circumstances, health status and use of health services: the Bambui study. **The International journal of social psychiatry**, Londres, v. 50, n. 3, p. 216-226, set. 2004.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991

WAGNER, M. F.; WAHL, S. D. Z.; CECCONELLO, W. W. Sintomas de fobia social no ensino superior: uma amostra de população feminina. **Mudanças**, São Bernardo do Campo, v. 22, n. 2, p. 49–54, jul.-dez. 2014.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana**: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo:

Cultrix, 1967.

WHITE, H. B. **Dan tries problem-based learning: a case study**. [S.l]: UDEL, 1996. Disponível em: <<http://www.udel.edu/pbl/dancase3.html>>. Acesso em: 3 jun. 2017.

YAO, S. N. et al. Social anxiety in patients with social phobia: validation of the Liebowitz social anxiety scale: the French version. **L'Encéphale**, Paris, v. 25, n. 5, p. 429–35, Sept.-Oct. 1999.

ZAID, Z. A.; CHAN, S. C.; HO, J. J. Emotional disorders among medical student in a Malaysian private medical school. **Singapore Medical Journal**, Singapura, v. 48, n.10, p.895-899, Oct. 2007.

APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Curso de Medicina

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do projeto: Transtorno de Ansiedade Social em Estudantes de Medicina no Contexto da Aprendizagem Baseada em Problemas – A Importância da Capacitação Docente.

Pesquisadores Responsáveis: Dra. Lia Lira Olivier Sanders e Dr. Marcos Kubrusly

Instituição a que pertencem os Pesquisadores Responsáveis: Docente do Centro Universitário Christus.

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), do projeto intitulado “Transtorno de Ansiedade Social em Estudantes de Medicina no Contexto da Aprendizagem Baseada em Problemas – A Importância da Capacitação Docente.”, de responsabilidade dos pesquisadores Dra. Lia Lira Olivier Sanders e Dr. Marcos Kubrusly.

Estudos dessa natureza são importantes para avaliar a prevalência de **Transtorno de Ansiedade Social (TAS) em acadêmicos de Medicina no contexto da Aprendizagem Baseada em Problemas**, visando à criação de estratégias pedagógicas adequadas ao processo de ensino-aprendizagem.

A coleta de dados será realizada por meio da aplicação de um questionário com questões que respondam aos objetivos propostos pela pesquisa, que são:

- Identificar o perfil dos acadêmicos de Medicina no que se refere ao gênero, à idade e à situação acadêmica.
- Estimar a prevalência de TAS em estudantes de medicina.
- Verificar conhecimento e percepções dos tutores acerca do TAS para identificar eventuais necessidades de qualificação docente.
- Elaborar um instrumento educativo para os tutores, o qual oriente estratégias pedagógicas adequadas às práticas de ensino-aprendizagem junto aos acadêmicos de medicina com TAS.

Esclarece-se, ainda, que:

- As informações ficarão em sigilo e que seu anonimato será preservado.
- A sua participação na pesquisa não acarretará riscos para você.
- O desconforto, se houver, não passa daquele referente ao ato de responder às perguntas do questionário.

- Com a sua participação, você contribuirá para o avanço da pesquisa nessa área do conhecimento.

- Você poderá ter todas as informações que desejar a respeito do estudo, não participar da pesquisa ou mesmo retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízos.

Você não receberá qualquer valor em dinheiro por sua participação no estudo, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

As informações coletadas durante o projeto serão publicadas em revistas científicas, mas os nomes dos participantes serão omitidos pelos pesquisadores. Você poderá esclarecer qualquer dúvida sobre o projeto. Para isso, poderá entrar em contato com os pesquisadores: Dra. Lia Sanders ou Dr. Marcos Kubrusly, telefone (85) 3265 8100.

Enfatizamos que sua participação será de extrema importância, pois a pesquisa contribuirá para o aperfeiçoamento do processo ensino-aprendizagem na Metodologia de Aprendizagem Baseada em Problemas.

Eu, _____, RG nº _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Fortaleza, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) voluntário(a)

APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico -



Questionário Sociodemográfico

Roteiro de caracterização dos sujeitos

Responda às questões de forma cuidadosa e seja sincero em suas respostas.

Questionário nº: _____ Data da aplicação: ____/____/____

1. Qual semestre você está cursando?

() 1º () 2º () 3º () 4º () 5º () 6º () 7º () 8º

2. Você tem : _____ anos

3. Sexo:

Masculino () Feminino ()

4. Estado civil:

() Solteiro(a) () União consensual/casado(a) () outro: _____

5. Religião:

Católica () Evangélica () Batista () Agnóstica () Outra () _____

6. Moradia:

com os pais () sozinho ()
 com um amigo(a) () com dois ou mais amigos(as) ()
 cônjuge/namorado(a) () com outros familiares ()
 moradia estudantil ()
 outros () especificar: _____

7. Qual a renda de sua família em salários mínimos? No caso de os seus pais serem separados, considere a renda total daquele com quem você vive. Se você é casado, considere a sua renda.

_____ salários mínimos

8. Você participa de alguma atividade voltada para a promoção

APÊNDICE C – Questionário para tutores sobre fobia social**Questionário para tutores sobre fobia social**

Data da aplicação: ____/____/____

Profissão: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Tempo de docência no uso da metodologia ativa PBL: _____

1. Como você define fobia social?

2. Você já participou de alguma capacitação docente sobre o tema fobia social?

Sim () Não ()

3. Em suas atuais turmas de tutoria, existem estudantes com dificuldade de falar no grupo?

sim () não ()

Em caso afirmativo, quantos? _____

4. Você considera que a metodologia ativa (PBL) provoca medo ou ansiedade em alguns estudantes?

Sim () Não ()

5. Você conhece os critérios de diagnóstico para fobia social?

sim () não ()

Em caso afirmativo, especificar:

6. Você já teve algum estudante com fobia social?

sim () não ()

7. Você sabe como lidar com o estudante que apresenta fobia social?

sim () não ()

Em caso afirmativo, cite suas estratégias:

8. Você acha que suas estratégias ajudaram o estudante a reduzir o medo ou a ansiedade ao longo da tutoria?

sim () não ()

9. Você considera necessário adquirir mais conhecimentos sobre fobia social?

sim () não ()

10. Você gostaria de aprender estratégias para lidar com estudante com fobia social?

sim () não ()

Agradecemos sua participação!

APÊNDICE D – Entrevista coletiva

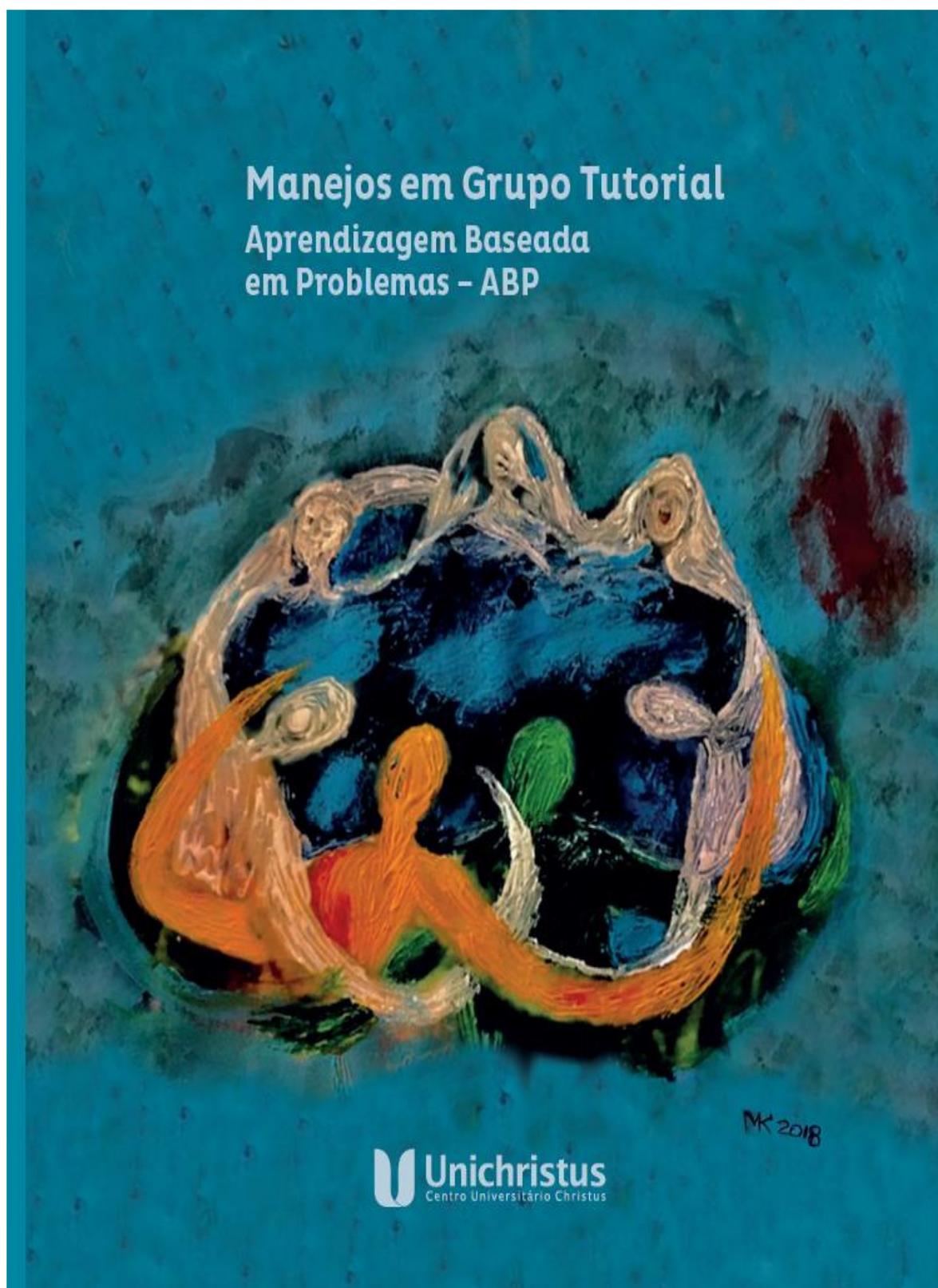


Grupo Focal/Entrevista Coletiva

Guia de temas: questões norteadoras

1. Como se dá a dinâmica do grupo nas sessões tutoriais? Fale acerca da condução do grupo.
2. Quais as dificuldades vivenciadas na condução do grupo tutorial? Que sentimentos estão envolvidos?
3. O que você pensa sobre Transtorno de Ansiedade Social/Fobia Social?
4. Você percebe alguma manifestação de TAS/FS nos acadêmicos de medicina durante as sessões tutoriais?
5. Você já identificou alguma situação de TAS em sua tutoria? Fale acerca dessa situação.
6. Que estratégias você utiliza com estudantes que apresentam manifestações de TAS?
7. Que sugestões você aponta para melhorar o processo de condução da tutoria e lidar com estudantes com esse transtorno?

APÊNDICE E – Manual



<https://issuu.com/unichristus/docs/019999> - livro - manejes em grupo t

ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

CEP INSTITUTO PARA DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO LTDA IPADE
CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS



Of. No. 027/16

Protocolo do CEP: 54406216.9.0000.5049

Pesquisador Responsável: Prof. Marcos Kubrusly

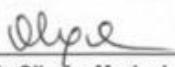
Título do Projeto: Transtorno de ansiedade social em estudantes de Medicina no contexto da aprendizagem baseada em problemas – A importância da capacitação docente.

Levamos ao conhecimento de V. Sa que o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto para Desenvolvimento da Educação LTDA – IPADE dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução N° 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, considerou **APROVADO** o projeto supracitado na reunião do dia 13 (treze) de junho de 2016.

Outrossim, gostaríamos de relembrar que:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP/Instituto para Desenvolvimento da Educação LTDA - IPADE, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
3. O CEP/Instituto para Desenvolvimento da Educação LTDA - IPADE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/Instituto para Desenvolvimento da Educação LTDA - IPADE de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e suas justificativas.
5. Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP/Instituto para Desenvolvimento da Educação LTDA - IPADE ao término do estudo, período máximo 13/06/2017.

Fortaleza, 13 de junho de 2016.



Olga Vale Oliveira Machado
Coordenadora
CEP/Instituto para Desenvolvimento da Educação LTDA - IPADE

Campus D. Luis
Av. Dom Luis, 911 | Aldeota | [85] 3457.5300
CEP 60160-230 | Fortaleza | Ceará

Campus Parque Ecológico
Rua João Adolfo Gurgel, 133 | Cocó | [85] 3265.8100
CEP 60192-345 | Fortaleza | Ceará

ANEXO B – Escala de ansiedade de Beck

BAI Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				
Total				

PEARSON

Copyright© 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright© 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.



© 2001 Casapal Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem
o devido crédito. Todos os direitos reservados.
BAI é um logótipo da NCS Pearson, Inc.

ANEXO C - ESCALA DE FOBIA SOCIAL

ESCALA DE FOBIA SOCIAL – LIEBOWITZ SOCIAL ANXIETY SCALE - LSAS (LIEBOWITZ, 1987)

INSTRUÇÕES:

O questionário inclui 24 itens, cada item consiste uma determinada situação, que deve ser classificada de 0 a 3, em termos da ansiedade que provoca e da frequência do seu evitamento. Deverá responder-se com base no que aconteceu recentemente, e caso a situação não tenha acontecido, deverá imaginar-se o que se teria passado na situação referida.

Situação	Medo ou Ansiedade 0= nenhum 1= leve 2= moderado 3= intenso	Evitação 0= nunca 1= ocasionalmente 2= frequentemente 3= geralmente
1. Telefonar em público (P)		
2. Participar de grupos pequenos (P)		
3. Comer em lugares públicos (P)		
4. Beber com outras pessoas em lugares públicos (P)		
5. Falar com autoridades (S)		
6. Representar, agir ou falar diante de um grupo grande de pessoas (P)		
7. Ir a uma festa (S)		
8. Trabalhar com alguém observando (P)		
9. Escrever com alguém observando (P)		
10. Chamar alguém que você não conhece bem (S)		
11. Fala com alguém que você não conhece bem (S)		
12. Encontrar-se com desconhecidos (S)		
13. Ir ao banheiro em público (P)		
14. Entrar em uma sala quando outras pessoas já estão sentadas (P)		
15. Ser o centro das atenções (S)		
16. Falar em reunião (P)		
17. Submeter-se a algum tipo de exame (P)		
18. Expressar desacordo ou desaprovação em relação a outras pessoas que você conhece bem (S)		
19. Encarar pessoas que você não conhece bem (S)		
20. Fazer um discurso (P)		
21. Tentar namorar alguém (P)		
22. Devolver mercadorias em uma loja (S)		
23. Dar uma festa (S)		
24. Resistir à pressão de um vendedor (S)		

Pontuação total: _____

Subescala de ansiedade de performance (P): _____ Subescala de ansiedade social (S): _____