

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
ESCOLA DE SAÚDE - ESUFRN
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA – SEDIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM SAÚDE

**PLANO PARA APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS PARA FORMAÇÃO DOS
SABERES E COMPETÊNCIAS DOS ESPECIALISTAS**

RICARDO BALIANA ZAMPROGNO

VITÓRIA/ES

2020

RICARDO BALIANA ZAMPROGNO

**PLANO PARA APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS PARA FORMAÇÃO DOS
SABERES E COMPETÊNCIAS DOS ESPECIALISTAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização de Preceptoria em
Saúde, como requisito final para obtenção do
título de Especialista em Preceptoria em Saúde.
Orientador: Profa. Dra. Isabel Karolyne
Fernandes Costa

VITÓRIA/ES

2020

RESUMO

INTRODUÇÃO: O conhecimento dos fatores que influenciam a memória humana e a recuperação das informações armazenadas levou ao desenvolvimento de metodologias de ensino mais adequadas ao aprendizado de adultos, como o PBL (Problem based learning).

OBJETIVO: Definir estratégias para introdução do aprendizado baseado em problemas na definição de casos clínicos na residência médica de anestesiologia.

METODOLOGIA: Criação de grupos tutoriais, formados por sete a 10 alunos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Garantir a formação plena e integral dos sujeitos aprendizes, além das construções de novos formatos de avaliação que permitam não somente a formação discente, mas a formação integral do aluno.

PALAVRAS CHAVE: Educação Profissional em Saúde Pública; Educação Médica; Internato e Residência

1 INTRODUÇÃO

A função do preceptor tutor foi definida conforme a Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) de nº 005 de 8 de junho de 2004, com finalidade de orientar e oferecer diretrizes aos médicos residentes nos programas de treinamento, caracterizando o seu perfil como exigência de formação humanística e, também, ética. Foi definido como pré-requisito para sua atuação ter conhecimentos, habilidades e capacidade para desenvolver atividades didáticas durante a residência médica (BRASIL, 2004).

O primeiro hospital a implantar a residência médica no Brasil foi o Hospital de Clínicas coordenado pela Universidade de São Paulo em 1944. O segundo programa funcionou no Hospital dos Servidores no Rio de Janeiro em 1948, mas a RM só foi regulamentada pelo Decreto 80.281 de 5 de setembro de 1977. Na América do Norte foi implantada em 1848 no Hospital John Hopkins (SANTOS, 2009).

Ao analisar a formação oferecida nas escolas médicas do Brasil nos últimos 20 anos, verifica-se que a formação dos médicos ainda é deficitária, pois, apesar das mudanças nas diretrizes curriculares dos cursos de medicina, a maioria dos preceptores em atuação nos programas de RM não recebeu formação pedagógica para o ensino em saúde (RIBEIRO, 2011)

Pesquisas vêm sendo realizadas sobre os cursos de medicina com a finalidade de aperfeiçoar as metodologias realizadas na formação médica no Brasil. Tais estudos levam em consideração a demanda desses profissionais em atender as especificidades do trabalho e aprendizagem em saúde. É fundamental que nesse cenário haja a integração das esferas do ensino, orientação e serviço no processo de formação e atuação profissional, o que poderá fundamentalmente contribuir para ações interdisciplinares no cuidado em saúde (FEUERWERKER, 2008)

O processo de ensino-aprendizagem nos programas de RM, na maioria de suas atividades operacionais, se desenvolve em torno de três dimensões essenciais: “O paciente, o residente e o preceptor”, reforçando a necessidade de se considerar as especificidades inerentes

a cada sujeito, a qual permeia tal relação. Portanto, deve-se ponderar e avaliar a influência das individualidades como visão de vida e de mundo, ressaltando a autoridade desse contexto na construção de todo este processo (MARIN, 2010).

O caráter único da educação médica criou desafios no ensino e na aprendizagem que não podem ser resolvidos pela adaptação das abordagens tradicionais da construção do conhecimento. Trabalhos anteriores descrevem um aprendiz relativamente passivo, focado em relatar a história e os dados do exame físico ao preceptor (WOLPAW, 2003).

Foi desenvolvido modelo colaborativo para apresentações de casos em ambiente ambulatorial que vincula a iniciação do aluno e a facilitação de preceptores em uma conversa ativa de aprendizagem. Esse modelo centrado no aluno para apresentações de casos ao preceptor segue um mnemônico chamado SNAPPS, que consiste em seis etapas: (1) Resuma brevemente a história e os resultados; (2) Limite o diferencial a duas ou três possibilidades relevantes; (3) Analisar o diferencial comparando e contrastando as possibilidades; (4) Teste o preceptor fazendo perguntas sobre incertezas, dificuldades ou abordagens alternativas; (5) planejar o gerenciamento dos problemas médicos do paciente; e (6) Selecione um problema relacionado ao caso para aprendizado autodirigido. O SNAPPS representa uma mudança de paradigma na educação ambulatorial que envolve o aluno e cria uma conversa de aprendizado colaborativo no contexto do atendimento ao paciente (WOLPAW, 2003).

A educação médica foi objeto de discussão ao longo de todo o século XX, mas poucas mudanças ocorreram. Nos últimos 30 anos, com a implantação da aprendizagem baseada em problemas (PBL) a partir da Universidade de McMaster, em 1969, tem-se observado maiores mudanças na educação médica, principalmente na América do Norte, Austrália e Holanda (ENGEL, 1992).

O conhecimento dos fatores que influenciam a memória humana e a recuperação das informações armazenadas levou ao desenvolvimento de metodologias de ensino mais adequadas ao aprendizado de adultos, como o PBL. A partir do ensino contextualizado, o PBL aumenta a compreensão, a retenção dos conhecimentos e o aprendizado (TOLEDO, 2008).

Ressalta-se ainda neste artigo como introduzir a metodologia de aprendizado baseado em problemas na resolução de casos clínicos da residência médica de anesthesiologia.

2 OBJETIVOS

Definir estratégias para introdução do aprendizado baseado em problemas na definição de casos clínicos na residência médica de anesthesiologia como ferramenta de conhecimento e aprendizado. O processo de aprendizado, através de casos clínicos, com o aluno passando a

desempenhar papel ativo e preponderante em sua educação, deve ser buscado intensamente. O aluno não deve ser um elemento passivo, exposto à informação por meio de aulas e sim o protagonista do seu crescimento. Cada caso clínico deve ser estruturado de maneira adequada para aquisição do conhecimento em um contexto clínico, facilitando sua ativação e utilização posterior. Adicionalmente, tende a promover a motivação para o aprendizado e o desenvolvimento de habilidades para a autoaprendizagem.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um projeto de intervenção, do tipo Plano de Preceptorial.

3.2 LOCAL DO ESTUDO / PÚBLICO-ALVO / EQUIPE EXECUTORA

O estudo se desenvolverá no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM).

O HUCAM se caracteriza por ofertar especialização para médicos na área da anesthesiologia.

O estudo terá como público alvo os médicos em especialização (ME) em anesthesiologia.

A equipe executora é composta preceptores de anesthesiologia

3.3 ELEMENTOS DO PLANO DE PRECEPTORIA

Henk Schmidt cita seis fundamentos básicos para o aprendizado (SCHMIDT, 1993):

1)Disponibilidade de conhecimentos prévios, que é o principal determinante da natureza e da qualidade de novas informações que um indivíduo pode processar;

2)Ativação dos conhecimentos prévios a partir de “pistas” dadas pelo contexto em que as novas informações estão sendo estudadas, que é essencial para possibilitar que elas sejam compreendidas e lembradas;

3)Elaboração das novas informações, que favorece o seu armazenamento na memória e sua recuperação posterior;

4)Motivação para a aprendizagem, que leva a maior tempo de estudo e, conseqüentemente, a melhores resultados;

5) Maneira pela qual o conhecimento está estruturado na memória, que determina o quanto ele é acessível para utilização;

6) “Dependência do contexto”, que gera a possibilidade de ativar o conhecimento existente na memória de longo prazo em contextos futuros semelhantes.

O ensino contextualizado, ou seja, o ensino em uma situação próxima daquela na qual o conhecimento será utilizado, aumenta a compreensão, a retenção e o aprendizado em adultos. Outros fatores importantes no aprendizado são: o aprendizado cumulativo, o aprendizado baseado nas dúvidas/questões dos próprios alunos, a integração de diferentes áreas do conhecimento e aplicação do conhecimento adquirido em situações reais (ENGEL, 1992).

Nesse plano de preceptoria baseado no PBL, a estratégia educacional central é a discussão de casos clínicos em pequenos grupos, chamados de grupos tutoriais. Esses grupos de aprendizagem, além de facilitar o processo de aquisição de conhecimentos, contribuem de maneira significativa para o desenvolvimento de outros atributos na formação do ME, entre eles: habilidades de comunicação, trabalho em equipe, solução de problemas, respeito aos colegas e desenvolvimento de postura crítica. O desenvolvimento dessas habilidades e domínio de conhecimento de situações práticas traria ao futuro especialista mais capacidade de lidar com os problemas da vida profissional (WOOD, 2003).

Os grupos são formados por oito a 10 alunos e um preceptor. Antes do início da reunião, é escolhido entre os alunos um coordenador, para dirigir a sessão, e um relator, para registrar as discussões do grupo. A função do preceptor é facilitar o funcionamento do grupo (ajudando o coordenador, se necessário) e garantir que o grupo atinja os objetivos de aprendizado de acordo com o que foi definido no currículo. Pode ser necessário que o preceptor tenha papel mais ativo, certificando-se de que o grupo faça a análise adequada do problema. As intervenções do preceptor devem limitar-se ao mínimo necessário, para evitar-se que ele assuma o papel do coordenador ou dite a direção da resolução do problema, o que pode ser desestimulante e prejudicial para as próximas sessões (TOLEDO, 2008). O Quadro 1 descreve o papel de cada um dos membros do grupo tutorial (WOOD, 2003).

Quadro 1 - O papel dos membros do grupo tutorial (WOOD, 2003).

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

Os grupos tutoriais têm sistemática própria, bastante estruturada, por meio da qual os ME realizam um processo de análise e resolução de problemas. Para cada problema, são realizadas duas sessões, em dias diferentes. A primeira sessão, na qual se discute o caso, é chamada de sessão de análise e a segunda é a sessão de resolução. Esse plano segue o método dos Sete Passos, adotado pela Universidade de Maastricht, Holanda (Quadro 2). Os passos de 1 a 5 são realizados na sessão de análise. Entre as duas sessões, o ME deve realizar pesquisa

em diferentes fontes de informações sobre os objetivos de aprendizagem propostos. Essa etapa de estudo individual e autodirigido constitui o passo 6. O passo 7 é a sessão de resolução, na qual os ME voltam a se reunir em grupo e revisam a resolução do problema (passo 4) à luz dos novos conhecimentos. O passo 7 permite corrigir e completar a resolução do problema, sistematizando os novos conhecimentos adquiridos (WOOD, 2003).

Quadro 2 - Os sete passos do grupo tutorial, Universidade de Maastricht, Holanda (WOOD, 2003).

Análise
Passo 1: esclarecer termos e/ou expressões desconhecidas no problema
Passo 2: definir o problema a ser discutido
Passo 3: análise e troca de conhecimentos sobre o problema (“chuva de idéias”). Tentativa de solucionar o problema com base nos conhecimentos prévios
Passo 4: revisão dos passos 2 e 3, com sistematização das hipóteses do passo 3 para resolução do problema
Passo 5: definição dos objetivos de aprendizagem
Intervalo
Passo 6: levantamento de recursos de aprendizagem e estudo individual
Resolução
Passo 7: discussão e resolução do problema a partir da revisão do Passo 4, à luz dos conhecimentos adquiridos no Passo 6.

A elaboração do problema é crucial para o bom aproveitamento do grupo tutorial. Os problemas são construídos pelos preceptores a partir de objetivos de aprendizagem definidos no currículo do curso e devem ser adequados ao estágio do curso e ao nível de compreensão dos ME. Devem representar situações que estimulem a curiosidade ou que tenham relevância na prática futura. Os problemas devem integrar a área básica e a clínica e induzir a consulta a fontes bibliográficas. Eles devem permitir discussão mais ampla dentro dos objetivos propostos, de modo a estimular os ME. No seu final deve haver instrução para orientar a direção da discussão.

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

A abrupta mudança do método tradicional para as metodologias ativas pode, então, gerar insegurança, requer grande esforço dos atores envolvidos no processo e exige mudança de comportamento, maturidade e organização dos ME.

Na utilização do PBL, evidencia-se a necessidade de mudança no papel do ME, que precisa assumir a responsabilidade pela própria aprendizagem. No processo de aprendizagem ativa, o ME deve ser capaz de propor questionamentos que tenham relevância para o contexto, além de solucioná-los por meio de buscas em diferentes fontes, considerando a necessidade de trazer respostas confiáveis e atualizadas a serem confrontadas nos grupos de discussões.

A falta de sucesso com o método pode estar associada à carência de suporte apropriado do corpo acadêmico e institucional para sua implementação.

Existe grande dificuldade metodológica na comparação entre o método tradicional e o PBL. Pode-se utilizar dados históricos para comparação, como as notas obtidas por diferentes turmas. Porém, essa análise deve ser muito mais abrangente. Variáveis não controláveis entre os ME podem dificultar essa avaliação.

Como oportunidades podemos citar que esse método parte de situações reais ou se aproximam da realidade; possibilitam a visão integral do paciente; estimulam o estudo constante, a independência e a responsabilidade do ME; e por prepararem os ME para o trabalho em grupo.

Esta perspectiva vem ao encontro das ideias de Paulo Freire, quando afirma que “o conhecimento só pode ser desenvolvido na própria ação do indivíduo”. Isto faz com que a aprendizagem se torne significativa e duradoura, que o estudante adquira o desejo de aprender e se torne estimulado a produzir o próprio conhecimento (FREIRE, 2001).

Pode-se considerar que o uso das metodologias ativas contribui para a construção de uma lógica de cuidado mais ampliado e integral, o que representa um avanço requerido na formação de profissionais de saúde para o SUS.

O trabalho em equipe constitui uma estratégia do SUS para mudar o atual modelo de assistência à saúde, por ser considerado uma ferramenta de democratização e de construção de trabalhadores e usuários cidadãos. Reforça-se, portanto, que o PBL representa um recurso importante nessa trajetória, que demanda ênfase nas relações humanas, ou seja, na troca de informação, no respeito e na comunicação.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A palavra avaliar vem do latim *valere*, que por sua vez significa atribuir valor e mérito ao objeto em estudo. Avaliação se refere à análise qualitativa sobre dados advindos do processo

ensino-aprendizagem, que orienta e auxilia o docente em ações decisórias no transcurso de seu trabalho educativo (LUKESI, 2011).

Falar de avaliação na metodologia PBL é pensar em uma estrutura/metodologia diferenciada, que ressalta e prioriza avaliações diagnósticas, formativas/processuais e somativas, que perpassam a todas as fases de desenvolvimento do método em estudo. A avaliação no currículo PBL é fundamental para o bom e regular andamento do ensino, tendo, portanto, duas finalidades, quais sejam: a avaliação da progressão do seu corpo discente e a avaliação da qualidade dos trabalhos didático-pedagógicos.

As avaliações acontecem no final de cada módulo temático, tendo por finalidade principal avaliar o conteúdo e a qualidade do mesmo, vez que um módulo temático, deve levar o ME a atingir determinados objetivos de conhecimento, afinal os problemas presentes no módulo e apresentados aos ME nas sessões tutoriais, devem ensejar uma boa discussão, levando o estudante a eleger os objetivos de aprendizado adequados ao conhecimento do tema em estudo. Neste cenário teremos a avaliação modular.

Neste cenário teremos também a avaliação progressiva sendo aplicada em intervalos regulares, com intuito de avaliar a progressão dos conhecimentos dos ME. Um dos modelos de aplicação desta avaliação, se dará por meio de uma prova. Cada subgrupo de ME (ME1, ME2, ME3) terá sua prova específica. Importante ratificar a presença da avaliação de habilidades, que por sua vez é constituída da observação metódica do desempenho do ME, na realização das habilidades esperadas.

Além destas três modalidades de avaliação, teremos ainda uma avaliação informal, permanente e realizada pelo preceptor na constatação do interesse, conduta e na responsabilidade do ME em cada sessão e nas práticas. Frisa-se que os ME também tecem suas considerações alusivas ao curso, mediante representação nas reuniões ordinárias do referido curso.

O sistema de avaliação da aprendizagem deve gerar a oportunidade de avaliar e aperfeiçoar o processo ensino-aprendizagem. Para tanto, a avaliação deverá permear todas as etapas do processo, ocorrendo antes (diagnóstica), durante (formativa) e no fim (somativa) de momentos determinados de ensino-aprendizagem.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PBL inclui a estruturação do conhecimento dentro de um contexto específico, permite ao aluno defrontar-se com problemas concretos, o que poderia potencializar o desenvolvimento

do raciocínio clínico, favorece o desenvolvimento da habilidade de estudo autogerido e o aumento da motivação para o estudo.

O método PBL valoriza, além do conteúdo a ser aprendido, a forma como ocorre o aprendizado, reforçando o papel ativo do aluno neste processo, permitindo que ele aprenda como aprender.

Parece bastante adequada a esta perspectiva a ideia de que dinâmica de grupo é, antes de mais nada, a reformulação de comportamento, ou seja, a democratização de atitudes tão necessárias ao trabalho produtivo. Assim, pode se considerar que a adoção de metodologias propostas pela educação inovadora reforça a ação coletiva e participativa, elementos essenciais na implantação de mudanças no ensino.

Salienta-se que nesta seara da metodologia inovadora, tem-se a figura da avaliação da aprendizagem com intuito de acompanhar este processo de conhecimento, na perspectiva de se ter uma avaliação diagnóstica, contínua, formativa, somativa e efetiva, que não avalie somente o estudante após as suas sessões tutorais, mas que avalia o módulo, os problemas apresentados, o docente enquanto mediador do processo, possibilitando reflexões e alterações na busca da melhoria.

A Instituição de ensino enquanto espaço de formação do cidadão, se insere e permite alterações metodológicas, objetivando a quebra de paradigmas, a formação integral deste profissional, possibilitando assim uma formação crítica, reflexiva e participativa, permeada e desencadeada pela inserção de metodologias ativas para efetivação do processo ensino-aprendizagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM N° 005/2004, de 08 de junho de 2004. Dispõe sobre os serviços de preceptor/tutor dos programas de Residência Médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jun. 2004. Seção 1, p. 19. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/cnrm_052004.pdf> Acesso em: 10 de jul. 2020.

ENGEL, Charles. Problem-based learning. **British journal of hospital medicine**, Londres, v. 48, n. 6, p 325-329, sep./oct. 1992.

FEUERWERKER, Laura. *et al.* A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panam. Salud. Publica**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 180-188, jul. 2008.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro, Brasil: Paz e Terra; 2001.

LUKESI, Carlos Cipriano. **Avaliação da aprendizagem componente do ato pedagógico**. 1ª ed. São Paulo, Brasil: Cortez, 2011.

MARIN, Maria José Sanches *et al.* Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p 13-20, jan./mar. 2010.

RIBEIRO, Victoria Maria Brant. **O porquê e o para quê de um seminário sobre formação pedagógica de preceptores: situando o Projeto**. 1ª ed. Juiz de Fora, Brasil: UFJF. 2011.

SANTOS, Elizabeth Gomes. Residência médica em cirurgia geral no Brasil – muito distante da realidade profissional. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 271-276, Janeiro 2009.

SCHMIDT, Henk. Foundations of problem-based learning: some explanatory notes. **Med Educ**. Oxford. v. 27, n. 3, p. 422-432. Mai/jun 1993.

TOLEDO Junior, Antônio Carlos Castro, *et al.* Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 123-131, abr/jun 2008.

WOLPAW, Terry. *et al.*: a learner-centered model for outpatient education. **Academic Medicine**, Cleveland, v. 78, n. 9, p 893-898, sep. 2003.

WOOD, Diana. Problem based learning. **BMJ**. Londres, v. 30, n. 6, p. 326-328, jun 2003.