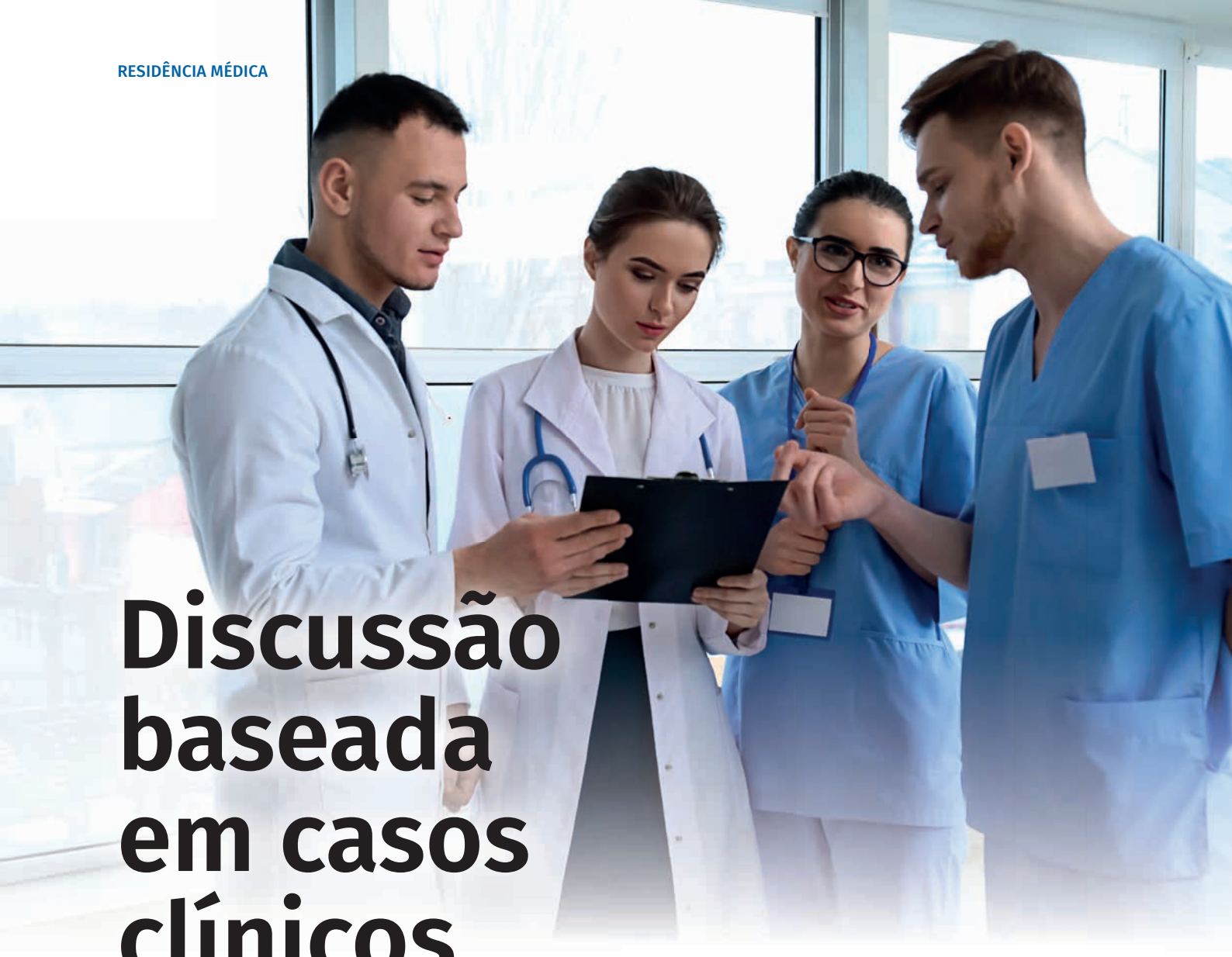


Discussão baseada em casos clínicos

Samily Cordeiro de Oliveira[1]
Elfie Tomaz Figueiredo[1]
Raquel Autran Coelho Peixoto[2]

1. Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Fortaleza, CE, Brasil.
2. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Raquel Autran Coelho Peixoto
Avenida da Universidade, 2.853, Benfica, 60020-181, Fortaleza, CE, Brasil
raquelautrancp@gmail.com

Como citar:
Oliveira SC, Figueiredo ET, Peixoto RA. Discussão baseada em casos clínicos. Femina. 2022;50(1):20-3.

A formação médica é baseada em experiências práticas, já que a competência clínica, envolvendo conhecimentos, habilidades e atitudes, é mais facilmente demonstrada do que descrita.[1,2] Os programas de residência médica não devem ser vistos como um processo nem de trabalho, nem de educação, isoladamente, mas como treinamento em serviço sob supervisão de educadores capacitados e experientes em sua área de atuação. O preceptor é, portanto, o profissional do serviço de saúde que assume as funções no processo de educação de novos médicos a adquirir prática e segurança em suas atividades diárias.[3]

As atividades da preceptoria devem ser planejadas para a adequada capacitação no processo de ensino e aprendizagem dos residentes nos mais diferentes cenários de atuação. É necessário definir expectativas, acrescentar experiências e melhorar o ambiente de ensino a fim de que os alunos aprendam observando a conduta profissional dos preceptores no sistema em que estão inseridos. Conhecer o currículo do programa a que está vinculado é primordial, sendo possível adequar marcos curriculares a cada cenário de atuação. Para isso, a comunicação entre os preceptores e os su-

pervisores de programa deve ser adequada, organizando a experiência de ensino.[4]

O raciocínio clínico (RC) é uma competência médica chave para promover a segurança do paciente e fomentar o uso econômico de recursos. A maioria dos programas de residência carece de um currículo de habilidades de RC estruturado longitudinalmente com uma mistura de métodos educacionais, deixando o ensino dessa competência para as circunstâncias. Tais habilidades são cruciais não apenas para a tomada de decisão médica apropriada, mas também para evitar erros de diagnóstico e os danos associados para os pacientes e sistemas de saúde.[5]

RC e ética devem ser avaliados para saber se foram adequadamente desenvolvidos e permitir uma análise crítica de todo o processo de aprendizagem. A avaliação é parte integrante do processo de ensino-aprendizagem e deve auxiliar o estudante a entender suas necessidades nos diferentes momentos do seu estágio de desenvolvimento, indicando as correções necessárias. Para isso, é necessário apresentar e discutir, no início do programa, as competências que o médico-residente deve alcançar, e a equipe de preceptores deve pactuar com eles as formas de avaliação.[6]

Tem havido uma forte ênfase na avaliação de residentes no local de trabalho, "fazendo na prática", devido a preocupações de que eles muitas vezes não eram observados no local de trabalho, consequentemente levando a menos oportunidades de *feedback* sobre suas atividades. A avaliação baseada no local de trabalho (*Workplace Based Assessment* – WBA) foi incorporada no treinamento médico de pós-graduação como uma ferramenta útil para fornecer *feedback* sobre o desempenho no dia a dia, com o benefício de alta validade de conteúdo.[7,8]

As WBAs incluem discussão baseada em casos (DbC), exercícios de avaliação clínica (Mini-Ex), observação direta de habilidades processuais (DOPS) e *feedback* de múltiplas fontes (MSF) para alcançar habilidades de "desempenho" em cenários reais de prática.[8-10] A seleção das ferramentas de WBA deve ser uma medida viável, válida e confiável para avaliar o desempenho do residente. Diferentes tipos de aprendizagem requerem diferentes métodos de avaliação, com o objetivo principal de integrar avaliação e *feedback* no dia a dia de trabalho.[11]

A utilidade dos WBAs depende de como eles são usados e do envolvimento do residente e do preceptor. Várias barreiras podem ser superadas com melhor planejamento, validação, treinamento de instrutores e uso de lições de outras especialidades.[12]

DISCUSSÕES BASEADAS EM CASOS CLÍNICOS (DBCS)

A aprendizagem baseada em casos foi proposta para promover habilidades de RC. Os formatos de aprendizagem baseados em casos são incorporados em um contexto com melhor promoção de aprendizagem do que fornecer fatos de forma abstrata e não contextual.[13]

As DbCs são um formato inovador de ensino supervisionado por pares, com eficácia para promover o RC em estudantes e estagiários de Medicina. Trata-se de uma forma de WBA que tem o potencial de fornecer *feedback* aos *trainees* sobre seu desempenho ou gestão de um caso específico.[14,15]

A origem das DbCs vem de avaliações orais desenvolvidas para verificar a competência em várias áreas do atendimento clínico, tendo fornecido a estrutura básica para o seu desenvolvimento.[16] Previamente, havia ensino em cenários reais de prática sem padronização, com variações amplas no uso de DbC. Não havia currículos formais de DbC para residentes na maioria dos programas.

A DbC é um formato de ensino supervisionado por pares que compreende quatro etapas:[14,15]

1. Os debatedores são estudantes de Medicina após o terceiro ano do curso;
2. O moderador é um estudante de Medicina e responsável por moderar a discussão. Os moderadores são participantes anteriores do DbC. São continuamente substituídos por novas gerações de moderadores à medida que se formam;
3. Por uma questão de continuidade, controle de qualidade e supervisão do aluno moderador, o curso também é frequentado por um preceptor. O preceptor segue o curso da discussão e às vezes aponta fatos especiais ou observações clínicas para os estudantes;
4. Um aluno prepara e apresenta voluntariamente o caso. Esse apresentador muda a cada sessão. Ensinando sobre o diagnóstico final, o apresentador também participa de uma atividade de ensino entre pares.

Na DbC, os alunos escolhem um caso de sua própria prática clínica e o apresentam ao treinador. A discussão permite que o preceptor avalie a competência do residente, explorando seu RC e aspectos éticos ou profissionais do cuidado do paciente.[17] O aluno deve destacar os aspectos do caso que gostaria de discutir a fim de aprofundar sua compreensão. Dessa forma, a DbC promove aprendizagem colaborativa, que também contribui para o RC.[18]

As sessões de DbC são divididas em três partes:[14,15]

1. A primeira parte imita a situação quando um médico encontra pela primeira vez um paciente – a queixa principal e a história da doença atual, a história médica pregressa, bem como os resultados do exame físico e de exames complementares. Essa primeira parte termina com a avaliação do paciente por meio de um breve resumo oral do caso apresentado por dois ou mais alunos. O preceptor fornece *feedback*;

2. A segunda parte da sessão de DbC se baseia diretamente na avaliação clínica. Orientados pelo moderador, os alunos desenvolvem uma lista de problemas priorizados e possíveis diagnósticos diferenciais para esses problemas e solicitam os exames apropriados. Quando os alunos concordam com a lista de problemas, o apresentador divulga os resultados dos exames um a um. Resultados de testes adicionais também são mostrados aos alunos. Isso fornece *feedback* direto para os alunos sobre o quão apropriada sua abordagem diagnóstica para o paciente estava. Os alunos são convidados a estabelecer um diagnóstico presuntivo e a solicitar um último exame confirmatório;
3. Na terceira e última parte da sessão, o apresentador resume o RC, conforme descrito no registro de caso antes da divulgação do último teste diagnóstico. Ao fazer isso, os alunos recebem *feedback* novamente do preceptor especialista para saber se eles cobriram todos os diferenciais relevantes e chegaram ao diagnóstico final. Os resultados do teste de diagnóstico são divulgados e o apresentador termina a sessão com algumas informações básicas sobre a doença. É importante entender que a chegada ao diagnóstico final não é o objetivo principal da sessão, mas sim a demonstração de uma abordagem estruturada para o caso e a geração e subsequente desconstrução de um abrangente diagnóstico diferencial. Portanto, mesmo um caso de doença rara é aplicável caso ofereça amplo diferencial diagnóstico.

Uma sessão de DbC é principalmente determinada pelas contribuições dos participantes, enquanto o moderador e o médico garantem a efetividade, limitando discussões sobre tópicos inúteis ou enganosos. O moderador também incentiva os participantes com perguntas norteadoras, quando a conversa não está fluindo, para que haja discussão interativa do grupo sobre possíveis diagnósticos e estratégias diagnósticas. Depois que todos os resultados dos testes foram discutidos, o diagnóstico real é divulgado e as armadilhas e mensagens para levar para casa do caso são resumidas.

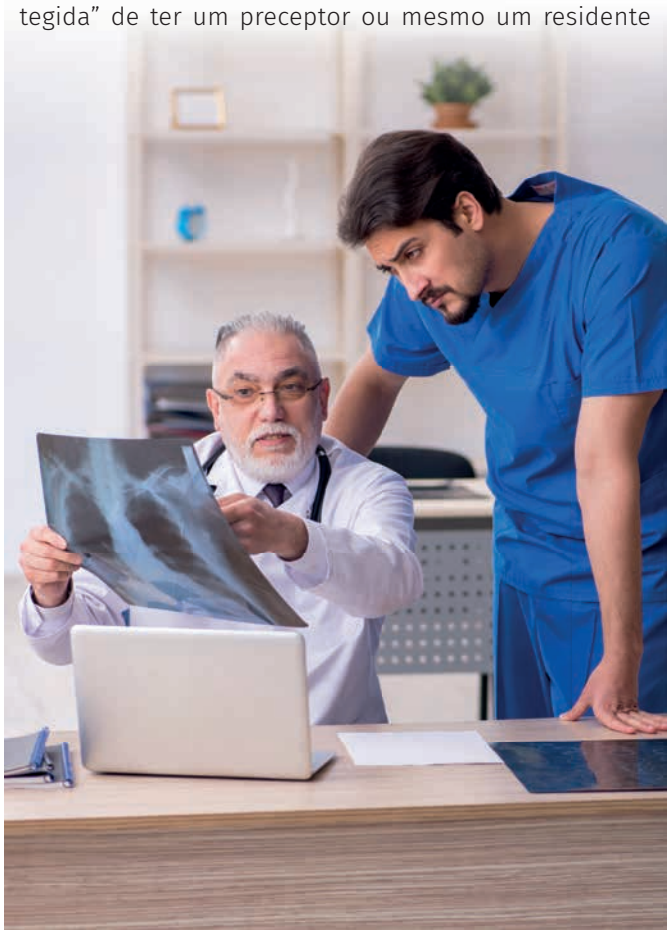
A programação ou o tempo são um tanto arbitrários e oportunistas durante a realização de DbCs na prática. Os alunos são estimulados a refletir sobre o seu desempenho e apontar o que foi bem feito e o que se revelou um desafio. A discussão permite uma revisão retrospectiva do desempenho em relação a um caso particular. A utilidade e a eficácia dessas avaliações formativas podem ser aumentadas em um grau maior se elas forem bem espaçadas durante o tempo de treinamento e realizadas quando houver menos pressão.[19]

Sugerem-se três elementos essenciais de um caso: é real (ou seja, tem base em um evento da vida real); depende de pesquisa e estudo cuidadosos; e busca incluir detalhes e informações suficientes para obter uma análise e interpretação ativa por parte dos usuários.[20] Casos particularmente elaborados e autênticos fornecem um desafio diagnóstico maior, compreendendo valor agregado para o treinamento médico. Relatos de caso de outras revistas médicas podem ser adequados também para DbCs se atenderem aos critérios mencionados.[14,15] Casos bem construídos servem para envolver os alunos efetivamente na discussão e simular as complexidades encontradas na prática real.[21]

Aplicando RC em casos complexos, os alunos treinam para lidar com a incerteza por meio da estruturação do caso do paciente, ou seja, ordenando gradualmente a infinidade de sinais e sintomas de um paciente em categorias funcionalmente relacionadas e, posteriormente, ligando diferentes categorias tendo por base comum processos patológicos de um determinado caso. A esse respeito, a construção de estruturas mentais (também chamadas de *scripts* das doenças) pelo aluno é um objetivo importante.[21,22]

As DbCs foram identificadas como uma boa prática para o ensino de profissionalismo. Os residentes podem adquirir conhecimento e experiência em ambientes hospitalares e ambulatoriais por meio do aprendizado autodirigido. Competências importantes se estendem além daquelas de atendimento adequado ao paciente e do conhecimento médico necessário. Trata-se de um método de ensino eficaz para pequenos grupos que oferece uma oportunidade para problemas clínicos serem resolvidos, ao mesmo tempo que incentiva o debate e a discussão entre os alunos.[10,11]

Os residentes têm a oportunidade de ter uma discussão individual sobre um caso. A oportunidade "protegida" de ter um preceptor ou mesmo um residente



superior para aconselhá-los e agir como um "mentor" tem sido muito valorizada,[11] promovendo satisfação profissional e maior confiança entre os alunos.[23]

Espera-se que os estagiários descrevam o encontro clínico em suas palavras, refletindo sobre seu processo de pensamento e o que consideram desafiador. O formato DbC é construído com base na autonomia do aluno, na aprendizagem baseada em competências e na interação social, todas conhecidas por promoverem uma aprendizagem bem-sucedida. Os residentes devem ser gradativamente conscientizados sobre o seu nível de competência e estimulados a buscar seu aprimoramento. Essas informações estimulam mudanças de comportamento e aquisição de novos conhecimentos e habilidades.[1,24,25]

A falta de treinamento leva a uma má execução dessa modalidade de avaliação formativa. O máximo benefício de um WBA é obtido quando ele é acompanhado por comentários qualificados e especializados.[19] Dar *feedback* exige habilidade, compreensão do processo e criação de um ambiente propício e de uma relação de confiança. Os professores e preceptores que sabem fornecer *feedback* de maneira eficaz têm sido valorizados por residentes e estudantes de Medicina,[11,26] os quais reconhecem que essas avaliações fornecem evidências para provar as competências alcançadas.[27]

O valor educacional da avaliação pode ser ampliado se o *feedback* for mais direcionado para EPAs (*Entrustable Professional Activities*) específicas para residentes de ginecologia e obstetrícia.[28,29] Por exemplo, competências com escores sempre baixos ou falhas repetitivas nas devolutivas ao residente podem evidenciar uma lacuna significativa do programa, e não apenas individual.

A mensuração detalhada do impacto educacional em relação às DbCs depende da coleta de informações sobre vários fatores relacionados, como conteúdo, formato, programação da avaliação e estrutura regulatória do programa de avaliação.[30] A DbC é uma abordagem viável para ajudar a iniciar a mudança para um aprendizado mais ativo e estimular o pensamento crítico.

REFERÊNCIAS

1. Ende J. Feedback in clinical medical education. JAMA. 1983;250(6):777-81. doi: 10.1001/jama.1983.03340060055026
2. Borges MC, Miranda CH, Santana RC, Bollela VR. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. Medicina (Ribeirão Preto). 2014;47(3):324-31. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v47i3p324-331
3. Viana AM, Santos AM, Guedes A, Bastos C, Portela DS, Daltro DL, et al. Como promover o reconhecimento da função de preceptor da residência médica? Como promover uma boa formação para os nossos residentes? Estratégias de enfrentamento – Sínteses dos grupos aprendendo a ensinar e mosaico. Cad ABEM. 2013;9:24-30.
4. Machado MA, Medeiros EL. Training preceptors of obstetrics-gynecology residents through the one-minute preceptor model. Rev Bras Ginecol Obstet. 2021;43(8):622-6. doi: 10.1055/s-0041-173523
5. Donaldson MS, Corrigan JM, Kohn LT. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press; 2000.
6. Zeferino AM, Domingues RC, Amaral E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. Rev Bras Educ Med. 2007;31(2):176-9. doi: 10.1590/S0100-55022007000200009
7. Norcini JJ. ABC of learning and teaching in medicine. Work based assessment. BMJ. 2003;326(7392):753-5. doi: 10.1136/bmj.326.7392.753
8. Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE guide No. 31. Med Teach. 2007;29(9):855-71. doi: 10.1080/01421590701775453
9. Van Der Vleuten CP. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 1996;1(1):41-67. doi: 10.1007/BF00596229
10. Liu C. An introduction to workplace-based assessments. Gastroenterol Hepatol Bed Bench. 2012;5(1):24-8.
11. Jafri L, Siddiqui I, Khan AH, Tariq M, Effendi MU, Naseem A, et al. Fostering teaching-learning through workplace based assessment in postgraduate chemical pathology residency program using virtual learning environment. BMC Med Educ. 2020;20(1):383. doi: 10.1186/s12909-020-02299-8
12. Aryal KR, Currow C, Downey S, Praseedom R, Seager A. Work-based assessments in higher general surgical training program: a mixed methods study exploring trainers' and trainees' views and experiences. Surg J (N Y). 2020;6(1):e49-e61. doi: 10.1055/s-0040-1708062
13. Kassirer JP. Teaching clinical medicine by iterative hypothesis testing. Let's preach what we practice. N Engl J Med. 1983;309(15):921-3. doi: 10.1056/NEJM198310133091511
14. Weidenbusch M, Lenzer B, Sailer M, Strobel C, Kunisch R, Kiesewetter J, et al. Can clinical case discussions foster clinical reasoning skills in undergraduate medical education? A randomised controlled trial. BMJ Open. 2019;9(9):e025973. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025973
15. Koenemann N, Lenzer B, Zottmann JM, Fischer MR, Weidenbusch M. Clinical case discussions – a novel, supervised peer-teaching format to promote clinical reasoning in medical students. GMS J Med Educ. 2020;37(5):Doc48. doi: 10.3205/zma001341
16. Norcini JJ. Workplace assessment. In: Swanwick T, editors. Understanding medical education: evidence, theory and practice. 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2013. p. 279-92.
17. Emsden S, Thompson A. Getting the best out of case-based discussions (CbDs) – tips for trainers and trainees. Paediatr Child Health. 2010;20(12):585-8. doi: 10.1016/j.paed.2010.06.002
18. Hautz WE, Kammer JE, Schauber SK, Spies CD, Gaissmaier W. Diagnostic performance by medical students working individually or in teams. JAMA. 2015;313(3):303-4. doi: 10.1001/jama.2014.15770
19. Rauf L. Case-based discussion in United Kingdom general practice training: a critical analysis. Cureus. 2021;13(2):e13166. doi: 10.7759/cureus.13166
20. Merseth KK. Cases and case methods in teacher education. In: Sikula J, editor. Handbook of research on teacher education. 2nd ed. New York: Macmillan; 1996. p. 722-44.
21. Talwalkar JS, Fenick AM. Evaluation of a case-based primary care pediatric conference curriculum. J Grad Med Educ. 2011;3(2):224-31. doi: 10.4300/JGME-D-10-00118.1
22. Schmidt HG, Rikers RM. How expertise develops in medicine: knowledge encapsulation and illness script formation. Med Educ. 2007;41(12):1133-9. doi: 10.1111/j.1365-2923.2007.02915.x
23. Liu Y, Huang M, Zhou Y, Cai H. Evaluation of a staged case-based discussion curriculum in standardized residency training. Biochem Mol Biol Educ. 2020;48(2):128-33. doi: 10.1002/bmb.21321
24. Schneider M, Preckel F. Variables associated with achievement in higher education: a systematic review of meta-analyses. Psychol Bull. 2017;143(6):565-600. doi: 10.1037/bul0000098
25. Rocha SR, Coelho RA, Romão GS, Sá MF. Feedback: técnicas e importância na residência em GO. Femina. 2020;48(3):160-4.
26. Schultz KW, Kirby J, Delva D, Godwin M, Verma S, Birtwhistle R, et al. Medical students' and residents' preferred site characteristics and preceptor behaviours for learning in the ambulatory setting: a cross-sectional survey. BMC Med Educ. 2004;4:12. doi: 10.1186/1472-6920-4-12
27. Mohanaruban A, Flanders L, Rees H. Case-based discussion: perceptions of feedback. Clin Teach. 2018;15(2):126-31. doi: 10.1111/tct.12654
28. Coelho RA, Medeiros FC, Peixoto Junior AA, Diniz R, McKinley D, Bollela VR. Workplace based assessment in obstetrics and gynecology clerkship to detect learning gaps. Rev Bras Educ Méd. 2019;43(1):181-6. doi: 10.1590/1981-52712015v43n1RB20180127ING
29. Johnson NR, Pelletier A, Berkowitz LR. Mini-clinical evaluation exercise in the era of milestones and entrustable professional activities in obstetrics and gynaecology: resume or reform? J Obstet Gynaecol Can. 2020;42(6):718-25. doi: 10.1016/j.jogc.2019.10.002
30. van der Vleuten CP, Schuwirth LW. Assessing professional competence: from methods to programmes. Med Educ. 2005;39(3):309-17. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02094.x