

**MANUAL DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO
PARA DOCENTES DE MEDICINA**

**Sandra Maria Barroso Werneck Vilagra
Maria de Fátima Alves de Oliveira**

**MANUAL DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO
PARA DOCENTES DE MEDICINA**

**Volta Redonda - RJ
2012**

Ficha Técnica

Projeto Gráfico da Capa e Diagramação

Monica Penedo

Apoio

FAPERJ

Editora

Ficha Catalográfica

ISBN

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos professores do Programa de Aproximação a Prática Médica da Universidade Severino Sombra que participaram dessa importante mudança que tem ocorrido no cenário de Ensino aprendizagem do Curso de Medicina. Em especial ao Prof. Marlon Mohamud Vilagra e Prof. Nélio Pinheiro de Andrade.

Agradeço ao coordenador do Curso de Medicina Prof. Dr. João Carlos de Souza Cortes Junior pela confiança em me nomear coordenadora do Programa de Aproximação a Prática Médica II, III, IV e V em momento de grandes e importantes transformações no contexto do Ensino no Curso de Medicina da instituição.

Agradeço também ao professor e assessor pedagógico Msc. Sinval Meira Junior que com as atualizações pedagógicas nos mostrou que precisávamos mudar, despertando o interesse para a construção desse manual.

APRESENTAÇÃO

Este manual foi desenvolvido como produto do Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente no Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA. O objetivo é que seja uma ferramenta para ser utilizada pelos docentes de medicina que pretendem recordar ou aprimorar os seus conhecimentos nas metodologias ativas de ensino.

A idealização do MANUAL DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO PARA DOCENTES DE MEDICINA teve como princípio a adequação das aulas de Semiologia com o uso de metodologias ativas e com a descrição das estratégias de ensino de maneira clara e de fácil compreensão para os docentes, associados aos exemplos práticos de temas de aulas. Foi desenvolvido no Programa de Aproximação a Prática Médica (PAPM) da Universidade Severino Sombra (USS) onde os alunos são inseridos no primeiro semestre do curso de medicina e seguem até o quinto período. Este manual trará os aspectos relacionados ao ensino da Semiologia Cardiovascular, mas que poderão também servir de subsídios para o ensino em outras áreas da Semiologia

Desde o início da implantação da nova matriz curricular em 2007, no Curso de Medicina da Universidade Severino Sombra estamos tendo a oportunidade de compartilhar com os colegas docentes as novas experiências com as diferentes estratégias de ensino e avaliação. Deste modo este manual é uma maneira de compartilharmos as nossas experiências, dúvidas e vivências com professores médicos como nós que certamente confrontam com desafios como o nosso. Esperamos poder desta maneira contribuir para uma educação médica de qualidade.

INTRODUÇÃO

“Ensinar inexistente sem aprender e vice – versa e foi aprendendo socialmente que, historicamente, mulheres e homens descobriram que era possível ensinar. Foi assim, socialmente aprendendo, que ao longo dos tempos mulheres e homens perceberam que era possível – depois, preciso – trabalhar maneiras, caminhos, métodos de ensinar.” Paulo Freire, 1996

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, instituídas em novembro de 2001, em seu Art. 12, parágrafo II, recomendam: A estrutura do Curso de Graduação de Medicina deve:

Utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Chama a atenção o fato de que nas DCN de todos os cursos da saúde, existe uma definição comum do perfil de egresso e de competências gerais requeridas para o exercício profissional: Atenção à saúde, Tomada de decisões, Comunicação, Liderança, Educação Permanente, Administração e Gerenciamento. Como em toda diretriz o documento deixa claro “o que se deve fazer” e aonde se espera chegar, mas a questão não resolvida e tão pouco equacionada ainda é relativa “ao como fazer” (ALMEIDA, 2008). Não temos dúvida de que o verdadeiro desafio das escolas médicas não é a falta de um “norte”, mas sim a decisão de “como” mobilizar os recursos disponíveis para implementar as novas metodologias.

É nesse contexto de mudança que se constrói o trabalho docente; onde o professor se vê frente a frente com a necessidade e o desafio de mudar e procurar novas maneiras de ensinar.

As abordagens pedagógicas progressivas de ensino aprendizagem vêm sendo construídas e implicam formar profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas, e dotados de conhecimento, raciocínio crítico, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades (MITRE et al, 2008).

Para o desenvolvimento dessas características do profissional de saúde, foi necessária a utilização de estratégias de ensino diferenciadas do modelo tradicional de ensino médico.

Desse modo, o uso do termo “estratégias de ensino” refere-se aos meios utilizados pelos docentes na articulação do processo de ensino, de acordo com cada atividade e os resultados esperados. Anastasiou e Alves (2004, p. 71) advertem que:

As estratégias visam à consecução de objetivos, portanto, há que ter clareza sobre aonde se pretende chegar naquele momento com o processo de ensinagem. Por isso, os objetivos que norteiam devem estar claros para os sujeitos envolvidos – professores e alunos – e estar presentes no contrato didático, registrado no Programa de Aprendizagem correspondente ao módulo, fase, curso, etc...

O professor deverá ser um verdadeiro estrategista, o que justifica a adoção do termo estratégia, no sentido de estudar, selecionar, organizar e propor as melhores ferramentas facilitadoras para que os estudantes se apropriem do conhecimento.

Lidar com estratégias diferentes de ensino não é uma tarefa fácil para docentes que vivenciaram a universidade no modelo tradicional que compreendia uma ação de transmissão de conteúdos prontos, acabados, determinados. Foi assim que vivenciamos a universidade enquanto alunos, mas não é assim que devemos atuar como docentes, e o nosso desafio é realizar as mudanças necessárias hoje para o ensino médico.

Considerando esse contexto, as estratégias de ensino devem incluir de forma planejada e organizada alguns dos seguintes aspectos: o que se deve ensinar – conteúdo programático, para que ensinar – o objetivo, como ensinar – as estratégias. A idéia é que devemos estabelecer o resultado esperado com a experiência educacional e defini-los na forma de competências que podem ser descritas através dos objetivos. Desta maneira definimos as competências esperadas e criamos condições de aprendizagem necessárias para que os estudantes desenvolvam tais competências e através de processos de avaliação saberemos se os nossos objetivos foram alcançados.

Esse manual será apresentado da seguinte forma : O que se deve ensinar: conteúdo programático, Para que ensinar: o objetivo e Como ensinar: as estratégias. No anexo 01 um referencial teórico em relação às estratégias de ensino para complementar a leitura. No anexo 02 será composto dos casos clínicos utilizados para o desenvolvimento das estratégias e o anexo 03 apresentará a ficha de avaliação atitudinal utilizada em nosso programa.

CAPÍTULO 01

PROGRAMA

“Os dois grandes males que debilitam o ensino e restringem o rendimento são: a rotina, sem inspiração nem objetivo e a improvisação dispersiva, confusa e sem ordem. O melhor remédio contra esses dois males é o planejamento” (Alves, 1960).

Ao prepararmos um programa de ensino de uma disciplina devemos identificar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que serão ensinadas e desenvolvidas durante a experiência educacional. O planejamento de uma disciplina é uma ferramenta muito útil para deixar claro para os estudantes e professores o que se pretende e o que se espera com a experiência educacional proposta. Devemos começar fazendo uma descrição breve do programa com o conteúdo programático.

Ao formular o conteúdo programático é importante lembrar que na elaboração dos objetivos de aprendizagem é prioritário identificar o que é essencial, o que não é um exercício fácil. É preciso evitar a idéia de que “tudo” tem a mesma relevância, esta etapa é fundamental para o sucesso do programa.

Exemplificamos com o conteúdo programático do módulo de Semiologia Cardiovascular.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

SEMIOLOGIA CARDIOVASCULAR

Unidade 01 – ANAMNESE CARDIOVASCULAR

- 1.1 Dor Torácica
- 1.2 Dispneia
- 1.3 Cianose
- 1.4 Palpitações
- 1.5 Sincope
- 1.6 Edema

Unidade 02 - EXAME DO APARELHO CARDIOVASCULAR

- 2.1 Exame físico do pulso venoso.
- 2.2 Exame físico do pulso arterial.
- 2.3 Exame do precórdio.
- 2.4 Ausculta cardíaca fisiológica e Ausculta cardíaca patológica-bulhas acessórias e sopros.

Após a seleção do conteúdo programático descreveremos os objetivos que queremos atingir. Os objetivos gerais serão baseados nas competências gerais das- DCN que focam a essência do “ser médico” que são: Atenção à Saúde; Tomada de decisão; Administração e gerenciamento; Educação Permanente; Liderança ética e profissional; e Comunicação.

Como exemplo podemos citar que os objetivos gerais deste programa são:

- Realizar as suas atividades dentro dos padrões de qualidade e dos princípios da ética e da bioética.

- Ser capaz de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.
- Aprender a ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e treinamento com objetivo de estar se preparando para sua vida profissional.
- Comunicar se adequadamente com os outros integrantes da turma, com os pacientes e seus familiares.
- Cuidar da sua saúde física e mental e buscar seu bem estar como cidadão e como médico.

Outro grupo de objetivos seriam aqueles mais específicos relacionados à peculiaridade de cada tema. Este deve ser descrito, tendo como premissa a real possibilidade de serem alcançados com as estratégias que serão desenvolvidas.

Os objetivos de aprendizagem devem ser escritos utilizando verbos no infinitivo e devemos evitar lista de temas. Existe um acrônimo em inglês que explica as características desejadas na formulação de um objetivo de aprendizagem (SMART 2004, in Bolela, 2010)

- **S - Specific** (Específico). O que exatamente estaremos fazendo? Os objetivos devem ser claros e definidos.
- **M - Measurable** (Mensurável). Podemos medir o resultado? O objetivo deve ser passível de mensuração e o método utilizado para isso deve ser identificado.
- **R - Relevant** (Relevante). Os objetivos específicos realmente levam aos resultados esperados? Contemplam a essência do que

queremos como resultado? Ressaltamos a importância de não fragmentar demais os objetivos.

- **T – Time** (Tempo). É necessário definir claramente quando esperamos alcançar os objetivos. Devemos então nos questionar se poderemos alcançar o resultado no tempo disponível.

Cada disciplina geralmente apresenta oportunidades diferenciadas para o desenvolvimento de determinadas competências e habilidades médicas.

No momento em que temos o conteúdo programático já estabelecido, resta-nos agora pensar: Para que ensinar? Como ensinar?

Seguiremos com exemplos dentro do conteúdo programático do módulo de Semiologia Cardiovascular.

CAPÍTULO 02

ANAMNESE CARDIOLÓGICA

O QUE SE DEVE ENSINAR: CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Anamnese cardiológica – Caracterizar os principais sinais e sintomas cardiológicos e a sua fisiopatologia

Para que ensinar: Os objetivos específicos dessa aula

Ao final da aula anamnese cardiológica o aluno deverá ser capaz de:

2) Realizar a anamnese

3) Documentar e manter as anotações da anamnese do paciente de forma apropriada e legível

COMO ENSINAR: AS ESTRATÉGIAS QUE SERÃO UTILIZADAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS PROPOSTOS

Utilizaremos nesse tema, 03 estratégias diferentes que serão realizadas em momentos diferentes: Cada estratégia será utilizada para desenvolver um objetivo proposto.

Estratégia 01 - Desenvolvimento do Objetivo 01

Estudo de caso e Problematização

Segundo Berbel (1999), a estratégia de estudo de caso oportuniza a elaboração de um forte potencial de argumentação junto aos estudantes e refere-se ao momento de construção do conhecimento. O caso deve ser do contexto de vivência do estudante, ou de parte de uma temática em estudo. Quanto mais desafiador for o assunto, maior a possibilidade de se manter os estudantes envolvidos. Pode ser uma situação real ou fictícia.

Passo 01 - Apresentamos aos alunos o caso. Esta apresentação pode ser na forma de narrativa, dramatização ou filme. O que se pretende é trazer um pouco da realidade à sala de aula, pois nem sempre é possível levar os alunos a observar a realidade na prática. Nesta aula optamos por apresentar um estudo de caso no formato de narração que descrevemos a seguir: O caso apresentado a seguir trata-se de um caso fictício.

Identificação: MLA, 49 anos, raça negra, sexo masculino, natural e residente em Duque de Caxias RJ, católico, desempregado,

Queixa principal: Tosse e falta de ar

História da doença atual (HDA): Paciente refere que há seis meses (setembro de 2011) nada sentia quando então passou a apresentar tosse, inicialmente seca e irritativa, associada à febre sempre no final da tarde, chegando a 39°. C. Após duas semanas de evolução mudou a sua característica, passando a produtiva com escarro amarelado em grande quantidade.

Procurou o auxílio do médico no PSF de seu bairro e foi diagnosticado pneumonia, após a terapêutica de 10 dias, o quadro aliviou discretamente, retornando após a interrupção do medicamento desta feita com a presença de secreção amarelada com raias de sangue.

Passado dois meses do quadro a febre e tosse permaneciam quando então passou a sentir dor precordial em peso, inspiratório dependente que piorava quando ficava deitado, quando inspirava e deglutia.

Há 30 dias iniciou quadro de dispnéia aos esforços maiores no dia a dia como subir escadas e andar até o supermercado (1km). Procurou novamente o PSF que iniciou digital e diurético com provável diagnóstico de insuficiência cardíaca. Apesar dos medicamentos a dispnéia piorou rapidamente, ocorrendo atualmente em esforço pequenos com tomar banho e por vezes até para dormir.

Simultaneamente a queixa de dispnéia foi percebido edema progressivo nas pernas e depois o abdome, as suas roupas não cabiam e o cinto não mais fechava.

Atualmente o quadro de dispnéia é intenso o impede de fazer qualquer atividade no dia a dia, o edema tem tomado até mesmo os membros superiores, permanecendo a febre à tarde e o quadro de tosse e secreção amarelada, motivos pelo qual foi encaminhado para o HUSF.

Passo 02 - Após a apresentação passaremos então para a segunda etapa: o questionamento. Nesse momento os alunos são levados a refletir primeiramente sobre as possíveis causas da existência do problema em estudo. Por que será que esse problema existe? A partir

dessa análise reflexiva, os alunos são estimulados a nova síntese: a da elaboração dos pontos essenciais que deverão ser estudados sobre o problema, para compreendê-lo mais profundamente e encontrar formas de interferir na realidade para solucioná-lo ou desencadear passos nessa direção. Podem ser listados alguns tópicos a estudar, perguntas a responder ou outras formas. Exemplificamos com uma questão norteadora abaixo:

“Por que esse paciente apresenta dispnéia?”.

Passo 03 - A partir desse momento entramos na teorização do problema, no qual o aluno vai tentar buscar conhecimentos para que possa então resolver o questionamento. Nesse momento novos questionamentos vão surgindo e novos conhecimentos vão sendo adquiridos para solucionar o problema. O objetivo final é que ele tenha então adquirido conhecimento de todas as características da dispnéia, bem como a sua fisiopatologia e o diagnóstico diferencial com outras causas de dispnéia.

Nessa mesma estratégia apresentamos aos alunos estudos de casos envolvendo pacientes com dor torácica, cianose, palpitações, edema e síncope.

Estratégia 02 - Desenvolvimento do Objetivo 02

Aula Prática a Beira do Leito

As aulas práticas a beira do leito são utilizadas como estratégia de ensino desde os tempos mais antigos. Apesar da mudança no ensino médico esta estratégia de ensino não pode ser abandonada, uma vez que desenvolvemos nesta atividade a grande arte de ser médico: a relação médico- paciente.

Passo 01 - Os alunos são divididos em pequenos grupos e acompanhados de um tutor são levados à enfermaria do hospital.

Passo 02 - O tutor inicia então a “conversa com o paciente” para colher os dados da anamnese, este momento é utilizado como demonstração ao aluno de como realizar a história clínica do paciente, porém nesse momento é importante também que o aluno comece a interagir com o paciente.

Passo 03 - Após terminar o dialogo com o paciente, o professor então solicitará aos alunos que descrevam a história na ficha de anamnese.

Passo 04 - Para finalizar é importante que o tutor discuta com o grupo quais foram as dificuldades encontradas pelos alunos para a realização da atividade.

Estratégia 03 - Desenvolvimento do Objetivo 03

Oficinas de Prática

Segundo Bordenave (2005), as oficinas de pratica “workshop” consistem em reunião de um grupo pequeno de pessoas com o objetivo de melhorar a sua habilidade ou eficiência, estudando e trabalhando juntos sob a orientação de um tutor. É uma estratégia de natureza eminentemente prática e aplicada com o objetivo de que os participantes “aprenderão a fazer melhor”, o que já sabem.

Passo 01 - Dividimos as turmas em pequenos grupos de alunos com um tutor responsável.

Passo 02 - Explicamos os objetivos da oficina que serão os seguintes:

- Realizar a anamnese do paciente

- Escrever em formulário próprio os dados da anamnese.
- Entregar ao professor para realização da correção da atividade.

Passo 03 - O professor deve aproveitar esse momento para avaliação dos alunos.

CAPÍTULO 03

EXAME FÍSICO CARDIOVASCULAR

O DESENVOLVIMENTO DA UNIDADE 02 SEGUIRÁ O MESMO PASSO DA UNIDADE 01, PORÉM APRESENTA DIVISÃO EM TEMAS DAS AULAS.

AULA 01 - PULSO VENOSO

O QUE SE DEVE ENSINAR: CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Exame Físico do Pulso Venoso - Técnica de exame físico , fisiopatologia e principais patologias que alteram o pulso venoso.

Para que ensinar: Os objetivos específicos dessa aula

Ao final da aula de Pulso Venoso o aluno deverá ser capaz de:

- 1) Realizar a técnica de exame físico do pulso venoso.
- 2) Diferenciar pulso venoso fisiológico de pulso venoso patológico.
- 3) Entender a fisiopatologia das principais patologias que alteram o pulso venoso
- 4) Ler conhecimento que o exame físico do pulso venoso retrata as alterações do coração direito.

COMO ENSINAR: AS ESTRATÉGIAS QUE SERÃO UTILIZADAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS PROPOSTOS.

Utilizaremos nesse tema, 04 estratégias diferentes. Cada estratégia será utilizada para desenvolver ou treinar o aluno no desenvolvimento de um objetivo proposto.

Estratégia 01 - Desenvolvimento do Objetivo 03
Laboratório de Habilidades: demonstração no manequim

O ensino da Semiologia Médica sempre foi um ensino voltado para as aulas práticas à beira do leito habitualmente realizadas nas enfermarias dos hospitais, porém hoje novos cenários de ensino estão sendo incorporados a prática médica. Sabemos a importância do ensino a beira do leito e não pretendemos abandonar essa prática, porém é necessário que hoje o aluno de medicina participe das atividades práticas em outros cenários. Um grande recurso que vem sendo utilizado com frequência é o laboratório de habilidades (LH) que representa uma alternativa de apoio pedagógico, atuando como uma atividade antecipatória das práticas de treinamento de habilidades com o paciente, preparando o estudante para o exercício técnico e intelectual de sua futura profissão, pautado nos preceitos da bioética.

Passo 01 - Turmas divididas em pequenos grupos

Passo 02 - Rever as estruturas anatômicas que servirão de ponto de referência para a análise do pulso venoso.

Passo 03 - Ensinar a posição correta do paciente no momento do exame físico.

Passo 04 - Ensinar a utilizar os materiais necessários para análise do pulso venoso: a lanterna e a régua



Figura 01. Laboratório de habilidades – Pulso Venoso

Estratégia 02 - Desenvolvimento do Objetivo 02
Aula Prática a Beira do Leito

Após o laboratório de habilidades realizamos aula prática a beira do leito com a presença do professor com um grupo pequeno de alunos, no qual o professor realiza a técnica no paciente e a seguir todos os alunos do grupo participam também realizando o exame no paciente.



Figura 02. Aula Prática de pulso venoso na Enfermaria do HUSF

Estratégia 03 - Treinamento do objetivo 01 e 02

Oficinas de Prática

Para desenvolver a habilidade na técnica de exame físico do pulso venoso, os alunos participam das oficinas de prática.

Estratégia 04 - Treinamento do objetivo 03 e 04

Oficinas de Prática

Após o aprendizado da técnica de exame físico do pulso venoso apresentamos um estudo de caso.

Passo 01 - Apresentamos o caso clínico que encontra-se no anexo 02 – caso 02

Passo 02 - Ressaltamos no caso o exame físico do pulso venoso.

Ap. cardiovascular

Pulso venoso de jugular interna a 10 cm de altura com sinal de Kussmaul ausente.

Pulsos arteriais: Baixa amplitude, regular, simétricos, de paredes elásticas, com frequência de 110 bpm.

Precórdio: Impulsões invisíveis e impalpáveis.

Ausculta: Ritmo regular com intensa hipofonese de bulhas, apesar do paciente emagrecido.

Passo 03 - Fazemos o seguinte questionamento:

As alterações do exame físico do pulso venoso apresentadas neste caso são patológicas? Por quê?

AULA 02 - PULSO ARTERIAL
O QUE SE DEVE ENSINAR: CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Exame Físico do Pulso Arterial

Para que ensinar: Os objetivos específicos dessa aula

Ao final da aula de pulso arterial o aluno deverá ser capaz de

- 1) Realizar a semiotécnica do exame do pulso arterial
- 2) Analisar as principais características do pulso arterial: simetria, regularidade, características da parede arterial, forma do pulso.
- 3) Identificar as principais patologias que alteram o pulso arterial.
- 4) Ter conhecimento que o pulso arterial é um retrato prático à beira do leito da função do coração esquerdo.

COMO ENSINAR:

AS ESTRATÉGIAS QUE SERÃO UTILIZADAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS PROPOSTOS.

Utilizaremos nesse tema, 02 estratégias diferentes Cada estratégia será utilizada para desenvolver um objetivo proposto.

Estratégia 01 - Desenvolvimento do objetivo 01 e 02

**Laboratório de Habilidades
Uso do Manequim e Exame entre Pares**

Passo 01 – Turma dividida em pequenos grupos. Cada grupo com um tutor responsável

Passo 02 – Utilizamos inicialmente os manequins para que o aluno aprenda a técnica de palpar os pulsos arteriais.

Passo 03 – Após o conhecimento da técnica, utilizamos o exame físico entre pares para o treinamento da habilidade de percepção das características do pulso arterial fisiológico.



Figura 04. Exame Físico entre pares no Laboratório de habilidades da USS

Estratégia 02 - Desenvolvimento do objetivo 03 e 04

Tempestade Cerebral

Segundo Anastasiou e Alves (2004), consiste numa possibilidade de estimular a geração de novas idéias de forma espontânea e natural, deixando funcionar a imaginação. Não há certo ou errado. Tudo o que for levantado será considerado, solicitando-se, uma explicação posterior do estudante. Ao serem perguntados sobre uma problemática, os estudantes devem expressar em palavras ou frases curtas as idéias sugeridas pela questão proposta.

Passo 01 – Na sala de aula, com a utilização do quadro, escrever “Pulso Arterial”.

Passo 02 – Perguntar aos alunos, o significado da expressão.

Passo 03 – Deixar todos os alunos expor as suas idéias.

Passo 04 – Retornar aos alunos pedindo que eles expliquem as suas idéias.

Passo 05 - Fazer uma finalização do tema com as conclusões que foram formados por todos.

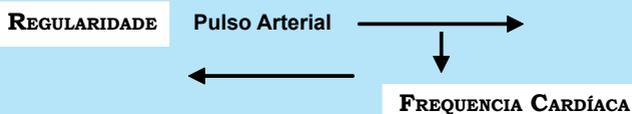
Exemplificando:

O que significa para você a palavra pulso arterial?

1º. Aluno responde: Vida

2º. Aluno responde: Frequência cardíaca

3º. Aluno responde: Regularidade



AULA 03 - EXAME FÍSICO DO PRECÓRDIO
O QUE SE DEVE ENSINAR: CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Exame Físico do Precórdio

Para que ensinar: Os objetivos específicos dessa aula

Ao final da aula de exame físico do precórdio o aluno deverá ser capaz de:

- 1) Realizar a semiotécnica do exame do precórdio
 - 2) Analisar as principais características do ictus
 - 3) Identificar as alterações presentes no exame do precórdio e correlacionar com as principais patologias
-

COMO ENSINAR: AS ESTRATÉGIAS QUE SERÃO UTILIZADAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS PROPOSTOS

Utilizaremos nesse tema, 04 estratégias diferentes. Cada estratégia será utilizada para desenvolver ou treinar habilidade em um objetivo proposto.

Estratégia 01 - Desenvolvimento do Objetivo 01 e 02

Laboratório de Habilidades Uso do Manequim e Exame entre Pares

Passo 01 - Identificar no manequim o reconhecimento das estruturas anatômicas que compõem o precórdio.

Passo 02 – Ensinar a técnica de palpação do precórdio.

Passo 03 – Realizar o exame físico entre pares.



Figura 05. Exame do Precordio - Realizado entre pares no LH

Estratégia 02 - Desenvolvimento do Objetivo 01 e 02

Aula Prática à Beira do Leito

Nas aulas práticas à beira do leito realizamos o exame físico do precórdio no paciente e em seguida os alunos iniciam o treinamento da técnica.



**Figura 06. Aula Prática de exame físico do precórdio
no ambulatório do HUSF**



**Figura 07. Aula Prática de exame físico do precórdio
no ambulatório do HUSF**

Estratégia 03 - Desenvolvimento do Objetivo 01 e 02

Oficina de Prática

Utilizamos as oficinas de prática como rotina, em todas as aulas que envolvem técnica de exame físico, pois no momento da oficina o aluno tem a oportunidade de praticar e desenvolver a habilidade na técnica sob supervisão do professor. O ritmo e a condução da oficina são ditados pelas necessidades do aluno.

Estratégia 04 - Desenvolvimento do Objetivo 03

Estudo de Caso

Apresentamos um caso clínico, que o paciente apresente alteração no exame físico do precórdio (anexo 02 – caso 01).

Ap. cardiovascular

Pulso venoso de jugular interna a seis cm de altura com sinal de Kussmaul ausente.

Pulsos arteriais: de baixa amplitude, regular, simétricos, de paredes elásticas, algo célere, com frequência de 110 bpm.

Precórdio: Impulsão visível e palpável sobre o apêndice xifóide.

Ictus com quatro polpas digitais na linha axilar anterior e no sexto espaço intercostal.

Ausculta: Ritmo regular com M1 >T1, P2 > A2, em 3T por presença de B3 de VE e VD e sopro sistólico com frêmito, ++++/+6 no foco mitral e que aumenta com o ato de ficar em pé.

Levantamos os seguintes questionamentos:

Quais são as alterações presentes no exame da inspeção e da palpação do precórdio?

Qual é a estrutura do aparelho cardiovascular que esta alterada neste paciente e por quê?

A partir desses questionamentos respondidos o aluno então é capaz de atingir os objetivos propostos para essa aula.

AULA 04 - AUSCULTA CARDÍACA
O QUE SE DEVE ENSINAR: CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Ausculata Cardíaca

Para que ensinar: Os objetivos específicos dessa aula

Ao final da aula de ausculata cardíaca o aluno deverá ser capaz de:

- 1) Identificar os componentes de uma ausculata cardíaca fisiológica
- 2) Identificar os componentes de uma ausculata cardíaca patológica, tais como alteração no ritmo cardíaco, presença de B3, B4 e sopros
- 3) Identificar as alterações presentes na ausculata cardíaca e correlacionar com as principais patologias.

COMO ENSINAR: AS ESTRATÉGIAS QUE SERÃO UTILIZADAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS PROPOSTOS.

Utilizaremos nesse tema, 04 estratégias diferentes: Cada estratégia será utilizada para desenvolver um objetivo proposto e também treinar habilidades dos objetivos propostos.

Estratégia 01 - Desenvolvimento do Objetivo 01 e 02

**Laboratório de Habilidades
Uso de Manequins Simuladores de Ausculta Cardíaca**

Utilizamos o laboratório de habilidades com o uso de manequins simuladores de ausculta cardíaca.



Figura 8. Simulador de Ausculta Cardíaca – Laboratório de habilidade da USS

Estratégia 02 - Treinamento dos Objetivos 01 e 02

**Aula Prática de Ausculta Cardíaca à Beira do Leito
e Oficinas de Práticas**

Após o treinamento no manequim, os alunos são levados a enfermaria do HUSF para aula prática de ausculta no paciente e treinamento da técnica nas oficinas de prática

Estratégia 03 - Treinamento dos Objetivos 03

Estudo de Caso e Problematização

Utilizamos apresentação do caso, como parte inicial do processo da aula de ausculta cardíaca.

Ap. cardiovascular

Pulso venoso de jugular interna a seis cm de altura com sinal de Kussmaul ausente.

Pulsos arteriais: de baixa amplitude, regular, simétricos, de paredes elásticas, algo célere, com frequência de 110 bpm.

Precórdio: Impulsão visível e palpável sobre o apêndice xifóide.

Ictus com quatro polpas digitais na linha axilar anterior e no sexto espaço intercostal.

Ausculta: Ritmo regular com M1 >T1, P2 > A2, em 3T por presença de B3 de VE e VD e sopro sistólico com frêmito, ++++/+6 no foco mitral e que aumenta com o ato de ficar em pé.

Levantamos os seguintes questionamentos:

Quais são as alterações presentes na ausculta do paciente?

Qual são as prováveis lesões cardiovasculares que o paciente apresenta, justificada por essa ausculta cardíaca?

A partir desses questionamentos respondidos o aluno então é capaz de atingir os objetivos propostos para essa aula.

CAPÍTULO 04

RESPOSTA AOS OBJETIVOS PROPOSTOS

Após o desenvolvimento do nosso programa, podemos checar se cumprimos com os objetivos propostos:

S – Específico: Quais foram os objetivos específicos ?

R: Que os alunos compreendessem os sinais e sintomas cardiológicos, fossem capaz de realizar uma anamnese e realizar a técnica de exame físico cardiovascular e soubessem documentar esses dados .

M – Mensurável: Podemos medir o resultado? Qual foi o método utilizado?

R: Sim, utilizamos o momento das oficinas de práticas e avaliações práticas para avaliar se o aluno desenvolveu a habilidade em realizar a anamnese e exame físico. E utilizamos a avaliação cognitiva para avaliar se esse aluno é capaz de resolver situações clínicas dentro dos objetivos.

R – Relevante: Contemplam a essência do que desejamos obter como resultado?

R: Sim, é relevante pois essa aprendizagem é um dos passos importantes para um bom atendimento médico , no momento dessa atividade o aluno não desenvolve só a aprendizagem no tema anamnese e exame físico cardiovascular , mas é possível também alcançar os objetivos gerais que são propostos no programa.

T – Tempo: Quando esperamos alcançar esse objetivo? Poderemos alcançar o resultado no tempo disponível?

R: Esperamos alcançar o objetivo proposto ao final das estratégias apresentadas. Sabemos que não podemos alcançar a “excelência” desse resultado somente neste primeiro contato do aluno, pois como a maioria das habilidades elas precisam de tempo para serem desenvolvidas.

ANEXO 01

REFERENCIAL TEÓRICO

AS ESTRATÉGIAS DE ENSINO APRENDIZAGEM

Segundo Anastasiou (2004), para ensinar não bastam as experiências e os conhecimentos específicos, mas se fazem necessários os saberes pedagógicos e didáticos, e, nessa linha a falta de um embasamento teórico pode levar esses docentes a se sentirem inseguros para buscarem metodologias de ensino que atendam melhor as demandas atuais da educação.

Oficina de prática como estratégia de ensino aprendizagem

A oficina de prática segundo Anastasiou (2004) se caracteriza como uma estratégia do fazer pedagógico onde a ênfase está voltada para o espaço de construção e reconstrução do conhecimento. É lugar de pensar, descobrir, reinventar, criar e recriar, favorecido pela forma horizontal na qual a relação humana ocorre. No final das atividades os estudantes materializam suas produções.

O professor organiza o grupo e providencia com antecedência ambiente e material didático necessário à oficina. A organização é imprescindível ao sucesso dos trabalhos. O grupo não deve ultrapassar 15/20 pessoas. Pode ser desenvolvida através das mais

variadas atividades: estudos individuais consulta bibliográfica, palestras, discussões, resolução de problemas, atividades práticas, redação de trabalhos, saídas a campo e outras.

Bordenave (2007) considera as oficinas de pratica “workshop” como uma reunião de 12 ou mais pessoas com interesse ou problemas profissionais comuns com o objetivo de melhorar a sua habilidade ou eficiência, estudando e trabalhando juntos sob a orientação de um tutor. O significado do nome em inglês, ou seja, lugar de trabalho indica a natureza eminentemente prática ou aplicada desta técnica, com o objetivo que os participantes “aprenderão a fazer melhor”, o que já sabem.

Dramatização como estratégia de ensino aprendizagem

A dramatização segundo Anastasiou (2004) consiste numa representação teatral, a partir de um foco problema, tema etc. Pode conter explicitação de idéias, conceitos, argumentos, e ser também um jeito particular de estudo de casos, já que a teatralização de um problema ou situação frente aos estudantes equivale apresentar-lhes um caso de relações humanas. É uma estratégia que tem várias finalidades. Possibilita o desenvolvimento da “empatia”, isto é, a capacidade de os estudantes se colocarem imaginariamente em um papel que não é o próprio. Traz à sala de aula um pedaço da realidade social, de forma viva e espontânea para ser observada e analisada pelos estudantes. Desenvolve a criatividade, desinibição, a inventividade e a liberdade de expressão.

Estudo de caso como estratégia de ensino aprendizagem

Segundo Anastasiou (2004) a estratégia de estudo de caso oportuniza a elaboração de um forte potencial de argumentação junto aos estudantes e refere-se tanto ao momento de construção do conhecimento como da síntese. Os aspectos relacionados à mobilização para o estudo são determinantes para o envolvimento de todos no estudo e busca de solução do caso proposto. O caso deve ser do contexto de vivência do estudante, ou de parte de uma temática em estudo. Quanto mais desafiador for o assunto, maior a possibilidade de se manter os estudantes envolvidos.

Em Bordenave (2007) encontramos que o estudo de caso consiste em uma situação real ou fictícia para ser discutida em grupo. A forma de apresentação do caso pode constituir de narração, diálogo, dramatização, filme, artigo, e outras. O que se pretende é trazer um pouco da realidade à sala de aula, já que nem sempre é possível levar os alunos a observar a realidade na prática. O estudo de caso é útil para motivar o aluno, para desenvolver a capacidade analítica e o espírito científico, para os alunos aprenderem a participar em grupo e principalmente para capacitar à tomada de decisões. Existem dois tipos de casos: O caso-análise e o caso-problema.

O caso-análise tem como objetivo desenvolver no aluno a capacidade analítica, tudo que se pretende com esta situação seja discutida, “destrinchada”, sem aspirar chegar à solução do problema, já que muitas alternativas poderiam ser possíveis dentro do marco dos dados fornecidos pelo caso.

O caso-problema, porém tem um objetivo diferente: trata-se de um esforço de síntese, isto é, de chegar a uma solução, a melhor possível dentro dos dados fornecidos pelo caso. O objetivo

educacional aqui é desenvolver a capacidade de tomar decisões, de adotar uma linha de ação, depois de analisar várias alternativas.

Problematização como estratégia de ensino aprendizagem

Na metodologia da problematização enquanto alternativa de metodologia de ensino, os problemas são extraídos da realidade pela observação realizada pelos alunos (BERBEL, 1998).

Segundo Freire 1998, a ação de problematizar enfatiza a práxis, na qual o sujeito busca soluções para a realidade em que vive e o torna capaz de transformá-la pela sua própria ação, ao mesmo tempo em que se transforma. Nessa ação, ele detecta novos problemas num processo ininterrupto de buscas e transformações.

A problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Ao sentir que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar as possibilidades, o aluno pode exercitar a liberdade e a autonomia na realização das escolhas e na tomada de decisões (CYRINO E TORALLES PEREIRA, 2004).

Segundo Berbel (1998), a metodologia da problematização pode ser desenvolvida como se segue:

- 1) Observação da realidade pelos alunos, a partir de um tema ou unidade de estudo. Tal observação permitirá aos alunos identificar dificuldades, carências, discrepâncias, de várias ordens, que serão transformadas em problemas, ou seja, serão problematizadas. Poderá ser eleito um desses problemas para

todo o grupo estudar ou então vários deles, distribuídos um para cada pequeno grupo. As discussões entre os componentes do grupo e com o professor ajudarão na redação do problema, como uma síntese desta etapa e que passará a ser a referência para todas as outras etapas do estudo.

- 2) Para realizar as atividades da segunda etapa que é a dos Pontos-Chaves, os alunos são levados a refletir primeiramente sobre as possíveis causas da existência do problema em estudo. Por que será que esse problema existe? A partir dessa análise reflexiva, os alunos são estimulados a uma nova síntese: a da elaboração dos pontos essenciais que deverão ser estudados sobre o problema, para compreendê-lo mais profundamente e encontrar formas de interferir na realidade para solucioná-lo ou desencadear passos nessa direção. Podem ser listados alguns tópicos a estudar, perguntas a responder ou outras formas. São esses pontos - chaves que serão desenvolvidos na próxima etapa.
- 3) A terceira etapa é a da teorização. Esta é a etapa do estudo, da investigação propriamente dita. Os alunos se organizam tecnicamente para buscar as informações que necessitam sobre o problema, onde quer que elas se encontrem, dentro de cada ponto - chave já definido. As informações obtidas são tratadas, analisadas e avaliadas quanto a suas contribuições para resolver o problema. Tudo isto é registrado, possibilitando algumas conclusões, que permitirão o desenvolvimento da etapa seguinte.
- 4) A quarta etapa é a das hipóteses de solução. Todo o estudo realizado deverá fornecer elementos para os alunos, crítica e criativamente, elaborarem as possíveis soluções. O que precisa acontecer para que o problema seja solucionado? O que precisa ser providenciado? O que pode realmente ser feito? Nesta metodologia, as hipóteses são construídas após o estudo, como fruto da compreensão profunda que se obteve sobre o problema,

investigando-o de todos os ângulos possíveis.

- 5) A quinta e última etapa é a da Aplicação à Realidade. Esta etapa da Metodologia da Problematização ultrapassa o exercício intelectual,

“pois as decisões tomadas deverão ser executadas ou encaminhadas. Nesse momento, o componente social e político estão mais presentes. A prática que corresponde a esta etapa implica num compromisso dos alunos com o seu meio. Do meio observaram os problemas e para o meio levarão uma resposta de seus estudos, visando transformá-lo em algum grau” (Berbel, 1996, p.8-9).

Tempestade cerebral como estratégia de ensino aprendizagem

A tempestade cerebral, segundo Anastasiou (2004), consiste numa possibilidade de estimular a geração de novas idéias de forma espontânea e natural, deixando funcionar a imaginação. Não há certo ou errado. Tudo o que for levantado será considerado, solicitando-se, se necessário, uma explicação posterior do estudante. Ao serem perguntados sobre uma problemática, os estudantes devem expressar em palavras ou frases curtas as idéias sugeridas pela questão proposta.

Trata-se de uma estratégia vivida pelo coletivo da classe, com participações individuais, realizada de forma oral ou escrita. Pode ser estabelecido com diferentes objetivos, devendo a avaliação se referir aos mesmos. Utilizada como mobilização, desperta nos estudantes uma rápida vinculação com o objeto de estudo; pode ser utilizada no sentido de coletar sugestões para resolver um problema do contexto durante o processo de construção, possibilitando que

o professor retome a teia de relações e avalie a criatividade e a imaginação, assim como os avanços do estudante sobre o assunto em estudo. O professor precisa considerar que irão interferir na explicitação do estudante a prática social já vivenciada, que interferem nas relações efetivas. A atividade nos mostra a riqueza da possibilidade de diferentes conexões, pontos de chegada e de partida que os participantes trazem ao contexto, tudo tem um nexso pessoal, e nos resta, como mediadores do processo, dar o espaço para que o nexso seja explicitado, explorado, ampliando a teia relacional que a estratégia possibilita.

CENÁRIOS DE ENSINO

O ensino da Semiologia Médica sempre foi um ensino voltado para as aulas práticas à beira do leito habitualmente realizadas nas enfermarias dos hospitais, porém hoje novos cenários de ensino estão sendo incorporados a prática médica. Sabemos da importância do ensino a beira do leito e não pretendemos abandonar essa prática, porém é necessário que hoje o aluno de medicina participe das atividades práticas também nas unidades de assistência como as Estratégias de Saúde da Família.

Outro grande recurso que vem sendo utilizado com frequência é o laboratório de habilidades(LH).

As transformações metodológicas e estratégias no currículo médico propiciaram a criação do laboratório de habilidades (LH) que representa uma alternativa de apoio pedagógico, inserindo como uma atividade antecipatória das práticas de treinamento de habilidades com o paciente, preparando o estudante para o exercício técnico e intelectual de sua futura profissão, pautado nos preceitos

da bioética. O LH é utilizado no treinamento das habilidades de semiologia objetivando capacitar e treinar os estudantes nas técnicas de anamnese, do exame físico, na formulação de hipóteses diagnósticas e do raciocínio clínico. Segundo Pezzi e Pessanha Neto (2008), para aprender a clinicar efetivamente, os estudantes de Medicina e médicos devem ter acesso a essa importante ferramenta de ensino- aprendizagem que, inevitavelmente, fará parte do arsenal didático obrigatório de todas as escolas médicas e hospitais do Brasil. O LH é utilizado como pré requisito para as aulas práticas de semiologia a beira do leito. Essa utilização é feita com manequins simuladores, incluindo também manequins simuladores de ausculta cardíaca e respiratória, destinados ao desenvolvimento das técnicas de palpação e ausculta. A técnica de treinamento de exame físico entre pares e com pacientes simulados também é utilizada. Estas etapas preparam os alunos de forma mais adequada, para a sua atuação com os pacientes reais.

ANEXO 02

REFERENCIAL TEÓRICO

1º. CASO

Identificação

M.S. S, 13 anos, sexo feminino, natural de Vassouras-RJ, residente em Ferreiros, zona rural de Vassouras, sem residência em outras localidades, estudante, solteira, católica.

Queixa principal

Dor na perna e falta de ar.

História da doença atual (HDA)

Paciente refere há cerca de 50 dias ter apresentado quadro intenso de amigdalite que mal lhe permitia engolir, quadro associado à febre com temperatura em torno de 38 graus Celsius, procurou a unidade base de saúde da família em Ferreiros onde foi prescrito dipirona para alívio do quadro. Houve melhora clínica em uma semana.

Passado duas semanas iniciou queixa de dor e edema inicialmente no joelho esquerdo que passou espontaneamente em dois dias e passou para o outro joelho e assim foi para o tornozelo e cotovelo, sempre tomando os dois lados da mesma articulação, porém não simultaneamente e limitando até mesmo a deambulação, ficou internado no HUSF sem diagnóstico definitivo do quadro.

Durante duas semanas clinicamente as articulações foram tomadas e totalmente resolvidas espontaneamente, porém, há sete dias passou a sentir dispnéia para realizar atividades

como ir para escola e que hoje mal lhe deixa tomar banho e tem tido dificuldades até mesmo para freqüentar a escola.

Revisão de sistemas

Paciente refere esta mantendo bom peso, apetite normal, sem emagrecimento, bom sono, boa visão, boa audição, tem estado mais irritada e chorando por coisas pequenas, além da perda de concentração para realizar as suas atividades escolares.

Tem percebido uma facilidade de tropeçar em suas atividades cotidianas bem como freqüentemente derrubar copos e objetos.

Ap. respiratório: nega tosse ou secreção de vias aéreas.

Ap. cardiovascular: tem sentido palpitações nos últimos dias, nega dor precordial ou síncope.

Ap.gastrointestinal: hábito intestinal alterado, alternando quadros diarreicos e constipação intestinal, com fezes mucóides e com traços de sangue

Ap. geniturinário: urina clara sem cheiro, sem ardência e nega noctúria.

Fato marcante é que nos últimos dias tem apresentado inconscientemente, movimentos bruscos e rápidos com os membros superiores que lhe incomodam, ocorrendo somente durante o dia e segundo a sua mãe, desaparecem com o sono.

História patológica progressa (HPP)

Paciente refere que já apresentou Varicela, Parotidite, o calendário de vacinas não está em dia.

Nega: HAS, DM, Asma, doença renal, doença da tireóide.

Refere tratamento para anemia recentemente, para verminose

e queixa-se de mais de um episódio de amigdalites ao ano. Portador de atopia e rinite.

Nega passado cirúrgico, traumas e transfusões sanguíneas.

Não faz uso cotidiano de medicamentos.

História fisiológica

Paciente nascida de parto cesariano prematuramente, gestação de oito meses, ficando 30 dias internado na UTI neonatal.

Segundo a sua mãe, falou, sentou e andou em tempo normal, porém era uma criança muito fraca em relação às crianças de sua idade, sempre se queixando de fadiga e indisposição. Na escola muita dificuldade de aprendizado com reprovações.

Desenvolvendo caracteres sexuais primários (pubarca e telarca) aos 12 anos, menarca aos 13 anos, ciclos ainda irregulares. Nega relações sexuais.

História familiar

Pai vivo, 28 anos e história recente de BK. Mãe viva e saudável. Possuem três irmãos com freqüentes episódios de verminoses entre eles.

Nega história de doenças repetidas em familiares de primeiro grau.

Histórico social

Reside em casa feita de bambu com reboco de barro, com dois cômodos em que moram seis pessoas. “Reside na zona rural, usa água de um riacho para beber, sem dependências sanitárias faz necessidades no mato”. Cria gato e cachorro em casa.

Alimentação rica em carboidratos: arroz, feijão, aipim, farinha e angu, ovo com certa frequência, come pouco legumes, não come folhas, carne raramente.

Segundo a mãe o ambiente de casa é bom, porém muita dificuldade econômica haja vista o pai estar desempregado. A criança segundo a mãe é uma menina triste.

EXAME FÍSICO

Sinais Vitais

PAMSE= 110/70 mmhg PAMSD= 115/70 mmhg FC= 110 bpm

FR= 26 IRPM

Tax: 36,3°.

Exame físico geral

Fácies e postura atípica, criança com nível de consciência em alerta, orientada, notado certa inquietude (pernas inquietas), quebrada com súbitos movimentos dos membros superiores como se fossem arremessados do nada, ocorridos com certa frequência e em relação ao qual a criança diz não ter controle.

Criança emagrecida, com leve palidez cutânea.

Mucosa hidratada e moderadamente hipocorada +++/+4.

Cabeça e pescoço

Ectoscopicamente sem anomalias, simetria preservada, sem abaulamentos, cicatrizes ou retrações.

Cabeça com cabelos ressecados, presença de lêndeas de piolhos, tábua óssea íntegra, olhos, ouvidos e nariz sem alterações, notamos no exame da cavidade oral a presença de pilares amigdalianos hiperemiados, hipertrofiados e ainda com placas purulentas.

Dentes com péssimo estado de conservação, muitas cáries e periodontite.

Seios para-nasais indolores à palpação e parótidas não palpáveis.

Teste ocular das seis posições normal, pupilas isocóricas, com tamanho intermediário, reflexo fotomotor e consensual preservados.

Pescoço com cadeia ganglionar submandibular palpável, gânglios com tamanho de feijões, moles, indolores, frios, consistência muscular e não aderidos aos planos profundos.

Tireóide impalpável.

Ap. Cardiovascular

Pulso venoso de jugular interna a seis cm de altura com sinal de Kussmaul ausente.

Pulsos arteriais: de baixa amplitude, regular, simétricos, de paredes elásticas, algo célere, com frequência de 110 bpm.

Precórdio: Impulsão visível e palpável sobre o apêndice xifóide.

Ictus com quatro polpas digitais na linha axilar anterior e no sexto espaço intercostal.

Ausculata: Ritmo regular com M1 >T1, P2 > A2, em 3T por presença de B3 de VE e VD e sopro sistólico com frêmito, ++++/+6 no foco mitral e que aumenta com o ato de ficar em pé.

Ap. Respiratório

Inspeção estática do tórax sem alterações, presença de tiragem intercostal na base pulmonar direita e sinal de Lemos Torres à direita.

Expansibilidade do tórax diminuída no hemitórax direito, mais acentuado em sua base.

Frêmito tóraco-vocal abolido na base pulmonar direita.

Murmúrio vesicular presente, com presença de estertores finas bolhas na base esquerda e abolição do murmúrio na base direita.

Abdome

Atípico ectoscopicamente sem alterações.

Ruídos peristálticos audíveis com 22 movimentos por minuto.

Palpação abdominal sem visceromegalias.

Membros

Membros superiores sem alterações.

Membros inferiores com panturrilhas livres, com moderado edema até terço médio de ambas as pernas, edema frio, indolor e depressível (cacifo).

EVOLUÇÃO

Frente ao quadro clínico apresentado e a hipótese de cardite no contexto clínico a equipe médica optou por iniciar corticoterapia em dose imunossupressora, porém antes, por cuidado, iniciou três dias de Albendazol 400 mg por dia com intuito de tratamento para estrogiloidíase.

QUESTÕES NORTEADORAS

- Diante da história clínica apresentada como você explica a dispnéia da paciente.

- No exame clínico do aparelho cardiovascular encontramos alterações que nos auxiliam no diagnóstico. Quais são essas alterações e qual o provável diagnóstico apresentado pela paciente.

2º. CASO

Identificação:

MLA, 49 anos, raça negra, sexo masculino, natural e residente em Duque de Caxias RJ, católico, desempregado,

Queixa principal:

Tosse e falta de ar

História da doença atual (HDA)

Paciente refere que há seis meses (setembro de 2011) nada sentia quando então passou a apresentar tosse, inicialmente seca e irritativa, associada à febre sempre no final da tarde, chegando a 39°. C que após duas semanas de evolução mudou a sua característica, passando a produtiva com escarro amarelado em grande quantidade.

Procurou o auxílio do médico no PSF de seu bairro e, a princípio, o diagnóstico era de pneumonia que, apesar da terapêutica de 10 dias, o quadro aliviou discretamente, retornando após a interrupção do medicamento desta feita com a presença de secreção amarelada com raias de sangue.

Passado dois meses de quadro a febre e tosse permaneciam quando então passou a sentir dor precordial em peso, inspiratório dependente que piorava quando ficava deitado, quando inspirava e deglutia.

Há 30 dias iniciou quadro de dispnéia aos esforços maiores

no dia a dia como subir escadas e andar até o supermercado (1km), procurou novamente o PSF que iniciou digital e diurético com provável diagnóstico de insuficiência cardíaca. Apesar dos medicamentos a dispnéia piorou rapidamente em 30 dias, ocorrendo atualmente em esforço pequenos com tomar banho e por vezes até para dormir.

Simultaneamente a queixa de dispnéia foi percebido edema progressivo nos últimos trinta dias, tomando progressivamente as pernas e depois o abdome, as suas roupas não cabiam e o cinto não mais fechava.

Atualmente o quadro de dispnéia é intenso o impede de fazer qualquer atividade no dia a dia, ficando deitado o dia todo, o edema tem tomado até mesmo os membros superiores, permanecendo a febre à tarde, o quadro de tosse e secreção amarelada, motivos pelo qual foi encaminhado para o HUSF.

Revisão de sistema

Paciente refere estar anorético e perdendo peso rapidamente, cerca de 8 kg em 30 dias, sono inquieto, com importante sudorese noturna.

Boa visão, boa audição, tem estado mais irritado e muito adinâmico, além da perda de concentração para realizar as suas atividades profissionais.

Ap. cardiovascular: tem sentido palpitações nos últimos dias, nega dor precordial ou síncope.

Ap.digestivo: hábito intestinal normal, com fezes de cor e consistência normais, nega dispepsias.

Ap. geniturinário: urina clara sem cheiro, sem ardência e nega noctúria.

História patológica progressa (HPP)

Paciente refere que já apresentou Varicela, Parotidite e o calendário de vacinas nunca foi seguido corretamente desde a sua infância.

Nega: HAS, DM, Asma, doença renal ou doença da tireóide. Refere episódios de anemia com reposição de ferro.

História de apendicectomia aos 12 anos. Nega traumas e transfusões sanguíneas.

Nega doenças sexualmente transmissíveis. Não faz uso cotidiano de medicamentos.

História fisiológica

Paciente nascido de parto prematuro, ficando 30 dias internado na UTI neonatal.

Segundo a sua mãe, falou, sentou e andou em tempo normal, porém era uma criança muito fraca em relação às crianças de sua idade, sempre se queixando de fadiga e indisposição. Apresentava dificuldades de aprendizado na escola com sucessivas reprovações.

Desenvolvendo caracteres sexuais primários aos 12 anos.

Portador de inúmeras parceiras sexuais e muitas e não usava preservativo.

História familiar

Pai vivo, 72 anos e história recente de BK. Mãe viva e saudável.

Possuem três irmãos todos saudáveis.

Nega história de doenças repetidas em familiares de primeiro grau.

Sogra que mora em sua casa recentemente com história de

BK e início de esquema tríplice recente.

História social

Reside em casa de alvenaria, com dois cômodos em que moram sete pessoas. ““Reside na zona rural, usa água de um riacho para beber, sem dependências sanitárias,” “faz necessidades no mato”. Não ferve a água para beber.

Casa fria e úmida.

Cria gato e cachorro em casa.

Alimentação rica em carboidratos: arroz, feijão, farinha e angu, raramente come legumes, folhas e carne.

A família tem muitas dificuldades econômicas.

Paciente desempregado.

Refere hoje ser uma pessoa triste pela doença e pelas dificuldades encontradas na vida.

EXAME FÍSICO

Sinais Vitais

PAMSE= 110/70 mmhg PAMSD= 115/70 mmhg

PA no pico da inspiração é de 90/70 mmhg.

FC= 110 bpm FR= 26 IRPM

Tax: 37,5 o. c

Exame físico geral

Fácies atípica, postura ortopneica, nível de consciência em alerta, orientado, notado certa inquietude.

Paciente emagrecido, com leve palidez cutânea.

Mucosas hidratadas e moderadamente hipocoradas +++/+4.

Extremidades frias com discreta cianose periférica.

Cabeça e pescoço

Ectoscopicamente sem anormalias, simetria preservada, sem abaulamentos, cicatrizes ou retrações.

Cabeça com cabelos ressecados, couro cabeludo normal.

Olhos, ouvidos, cavidade oral e nariz sem alterações.

Seios para-nasais indolores à palpação e parótidas não palpáveis.

Teste ocular das seis posições normal, pupilas isocóricas, com tamanho intermediário, reflexo fotomotor e consensual preservados.

Pescoço com cadeia ganglionar submandibular e cervical anterior palpável com gânglios com tamanho de semente de uma ameixa, duros, doloridos e quentes, aderidos aos planos profundos.

Tireóide impalpável.

Ap. Cardiovascular

Pulso venoso de jugular interna a 10 cm de altura com sinal de Kussmaul ausente.

Pulsos arteriais: de baixa amplitude, regular, simétricos, de paredes elásticas, com frequência de 110 bpm.

Precórdio: Impulsões invisível e impalpáveis.

Ausculta: Ritmo regular com intensa hipofonese de bulhas, apesar do paciente emagrecido.

Ap. Respiratório

Inspeção estática do tórax com atrofia muscular no hemitórax esquerdo, presença de tiragem intercostal na base pulmonar esquerda, com sinal de Lemos Torres.

Expansibilidade do tórax diminuída no hemitórax esquerdo, mais acentuado em sua base.

Frêmito tóraco-vocal abolido na base pulmonar esquerda. Murmúrio vesicular presente, notado atrito pleural no ápice à esquerda.

Abdome

Apagamento da escavação epigástrica.

Aumento do volume abdominal, maciço nos flancos com aspecto móvel, tornando-se timpânico com as mudanças de decúbito para decúbito lateral.

Ruídos peristálticos audíveis com 22 movimentos por minuto.

Palpação abdominal sem visceromegalias.

Membros

Membros superiores com edema moderado, frio, indolor e depressível.

Membros inferiores com importante edema até coxa, bilateralmente ambas as pernas, edema frio, indolor e depressível (Cacifo).

QUESTÕES NORTEADORAS

- Diante da história clínica apresentada como voce analisa o caso e levanta as suspeitas diagnósticas?
- Quais são os dados positivos da história clínica que levam voce a confirmar a sua suspeita clínica?

- No exame clínico do aparelho cardiovascular encontramos alterações que nos auxiliam no diagnóstico. Quais são essas alterações e qual o provável diagnóstico apresentado pela paciente.

ANEXO 03

FICHA DE AVALIAÇÃO DISCENTE DO PAPM

FOTO
3 x 4

Nome:

DATA						
Pontualidade						
Vestimenta						
Relação com tutor e grupo de trabalho						
Qualidades humanísticas						
Relação Médico paciente						
Participação						
Habilidades para anamnese						
Habilidade para exame físico						
CONCEITO FINAL						
Observações sobre o aluno:						

CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO ATITUDINAL

Para cada critério deverá ser dado o seguinte conceito:

Satisfatório (S)

Insatisfatório (I)

- O aluno que obtiver 7 conceitos satisfatórios obterá CONCEITO NA ATIVIDADE = 1,0
- O aluno que obtiver 6 conceitos satisfatórios obterá CONCEITO NA ATIVIDADE = 0,5
- O aluno que obtiver 5 ou menor que 5 que conceitos satisfatórios obterá CONCEITO NA ATIVIDADE = 0

O quesito: Habilidades para anamnese e exame físico deverá ser avaliado nas oficinas e nas anamneses entregues para correção.

Ao final de cada módulo será feita a soma dos conceitos e divididos pelo número de aulas, a nota final será a nota da avaliação atitudinal do módulo

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. J. Gestão de Escola Médica: Crítica e autocrítica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2008, 32, 202-209.
- ALVES DE MATTOS, Luis. *Sumário de didática geral*. Rio de Janeiro. Editora Aurora. 1960.
- ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. *Processo de ensinagem na universidade*. Pressuposto para as estratégias de trabalho em aula. São Paulo: Univille, 2004.
- BERBEL, N. A. N. (Org.). *Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações*. Londrina: Editora da UEL/INEP, 1999.
- _____. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.
- BOLELA, Valdes Roberto. Internato baseado em competências: “*Bridging the gaps*” / Valdes Roberto Bolela, Jose Lucio Martins Machado. 1ª. Ed. Belo Horizonte, Ed Medvance, 2010.
- BORDENAVE J, Pereira A. *A estratégia de ensino aprendizagem*. 26ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
- CYRINO Eliana Goldfarb, e Toralles-Pereira Maria Lúcia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(3): 780-788 mai-jun, 2004.
- EDUCAÇÃO MÉDICA EM TRANSFORMAÇÃO: *Instrumentos para a construção de novas realidades*. João José Neves Marins, Sérgio Rego, Jadete Barbosa Lampert e José Guido Correa de Araujo, organizadores. São Paulo. Hucitec, 2004.

FEUERWERKER, L. *Além do discurso da mudança na educação médica*. São Paulo: Hucitec, 2002.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

PEZZI, Lucia; PESSANHA NETO, Silvio. O laboratório de habilidades na formação médica, *Cadernos ABEM* – vol. 4 – Outubro, 2008.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Brasília, 2001.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2008, vol.13,

PERRENOUD, F. *Dez novas competências para ensinar*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PETRUCCI, Valéria Bezerra Cavalcanti; BATISTON, Renato Reis. Estratégias de ensino e avaliação de aprendizagem em contabilidade. In: PELEIAS, Ivan Ricardo. (Org.) *Didática do ensino da contabilidade*. São Paulo: Saraiva 2006.

Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Severino Sombra 2011. Disponível no site www.uss.br.

SMART – Writing SMART objectives. 2004. http://www.marchofdimes.com/files/HI_SMART_objectives.pdf.