

Diagnóstico Clínico: Dificuldades no Ensino-Aprendizagem

Thelma Larocca Skare¹

RESUMO

Abordam-se alguns dos obstáculos encontrados pelo professor ao introduzir o aluno no aprendizado do diagnóstico clínico. São discutidas as dificuldades de retenção de conhecimentos do ciclo básico, de transferência do conhecimento adquirido nas diferentes áreas de estudo e da construção do raciocínio. São oferecidos, também, alguns pontos para reflexão sobre a maneira pela qual professor e aluno podem melhorar os resultados obtidos ao vivenciar esta experiência em sala de aula.

INTRODUÇÃO

Um dos principais objetivos que a escola de Medicina se propõe é ensinar o estudante a fazer um diagnóstico. Afinal, é sobre esta capacidade que repousa, em grande parte, a eficiência do futuro profissional. Isto porque fazer um diagnóstico é situar-se. E situar-se é fundamental para a condução adequada de um caso clínico.

Entretanto, esta tarefa não é fácil. Mesmo os alunos do sexto ano, já realizando seus internatos e prestes a receber seus diplomas, têm, muitas vezes, uma forma de raciocínio diagnóstico totalmente imatura e insatisfatória. Muitos deles se apercebem desta insuficiência e buscam alguma forma de complementação neste sentido, como, por exemplo, nas residências médicas.

Parte da dificuldade no aprendizado de um diagnóstico advém do fato de que em Medicina nada é absoluto. A Medicina não é uma ciência. Como Canguilhem disse muito bem, ela "é uma arte situada na confluência de várias ciências"³. Assim, não é suficiente ensinar o aluno a somar queixas com achados de exame físico e resultados de laboratório, visando descobrir o problema do paciente. A Medicina só é uma arte porque seu foco de atenção é o ser humano, o qual é dotado de características próprias, individuais. Desta maneira, um mesmo agente patogênico que atue sobre vários pacientes pode levá-los a manifestar formas totalmente diferentes de reação, a ponto de se dizer que não existem doenças e sim doentes. Em outras palavras, cada um adoce a seu modo. É exatamente esta unicidade do homem que torna a Medicina tão difícil de aprender e de ensinar, mas, ao mesmo tempo, fascinante.

PALAVRAS-CHAVE

Educação médica;
Diagnóstico clínico;
Ensino.

¹ Professora Assistente da Disciplina de Clínica Médica e Diagnóstico da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná; Mestre em Pedagogia Universitária (PUC-PR).

Entretanto, este não é o único problema existente no ensino-aprendizagem do diagnóstico clínico. Gostaria de discutir, pelo menos, outros três deles, que podem influir na capacidade de se adquirir esta habilidade. São eles:

1. dificuldade de retenção de conhecimentos do ciclo básico;
2. incapacidade de realizar a transferência de conhecimentos entre diferentes situações;
3. dificuldade de estabelecer um raciocínio conciso, ou seja, uma análise hierárquica dos dados obtidos pela anamnese, exames físico e laboratoriais, visando à construção de um diagnóstico final.

DIFICULDADES NA RETENÇÃO DO CONHECIMENTO BÁSICO

É nos anos básicos que se espera que o aluno adquira os conhecimentos de anatomia, fisiologia, fisiopatologia, etc. que irão ajudá-lo a fazer os primeiros diagnósticos sindrômicos. Entretanto, tem-se notado que a maioria dos estudantes tem uma grande dificuldade de reter os conhecimentos administrados nesta porção básica do curso, fato este de conhecimento de quase todos os educadores da área. Um estudo realizado na Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro mostra uma fuga de mais da metade dos conceitos questionados⁵. Um outro, conduzido nos EUA, é ainda mais desanimador, afirmando que a retenção de matérias básicas como anatomia e bioquímica é de aproximadamente 10%⁷.

Será que a maneira pela qual as noções básicas estão sendo administradas aos alunos é correta? O que poderia ser feito neste sentido? Miller, um notável educador da área médica, chama a atenção para o desapontamento que muitos estudantes sofrem ao entrar na escola.⁷ Embalados pela idéia de se tornar médicos e ávidos por entrar em contato direto com o mundo profissional, mas ainda com idéias leigas sobre o assunto, eles se deparam com uma série de disciplinas aparentemente desligadas do objetivo final. Falta motivação para aprender.

Uma sugestão para que se modifique este aspecto é tentar correlacionar as metas da aprendizagem com o objetivo final da mesma de maneira bem clara, de preferência com exemplos clínicos reais. A retenção de conhecimentos torna-se mais expressiva quando o ensino se faz num contexto que tenha significado para o aluno. Outra sugestão neste sentido é

permitir que o aluno dos primeiros anos freqüente o hospital, a sala de operações e de partos ou o ambulatório, com a finalidade de ajudá-lo a "sentir-se médico". Segundo Alfred N. Whitehead⁷, a aprendizagem tem três fases distintas: uma de romance, uma de precisão e outra de generalização. Essa aproximação com o mundo profissional, na fase de romance, ajudaria a manter um certo grau de excitação, que poderia ser benéfico no sentido de manter o aluno motivado.

A TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTOS PARA DIFERENTES SITUAÇÕES

Define-se transferência como o "efeito de uma aprendizagem prévia sobre novas aprendizagens"¹⁰. Este repasse de conhecimentos de uma situação para outra tornou-se mandatório nos tempos atuais em face do aumento progressivo do saber nesta área. É um verdadeiro mecanismo de adaptação do profissional ao mundo moderno. Quando isto não acontece, a aprendizagem se torna muito restrita, porque aquilo que foi aprendido só poderá ser utilizado quando as circunstâncias se reproduzirem de maneira totalmente idêntica às estudadas. E é impossível que os estudantes possam ter, na escola, contato com todas as situações com as quais irão se deparar futuramente.

Certos alunos demonstram inaptidão para fazer transferência de conhecimentos da teoria para a prática e de uma situação prática para outra mais ou menos semelhante. No entanto, esses mesmos estudantes que não conseguem se lembrar de determinados dados durante uma discussão à beira do leito serão perfeitamente capazes de se recordar do conhecimento teórico quando argüidos diretamente. Casos clínicos parecidos, com mecanismos fisiopatológicos idênticos, não são reconhecidos como semelhantes, a não ser quando o professor aponta de maneira clara para as similaridades. Este aspecto demonstra que este tipo de problema não se deve simplesmente à não-retenção do assunto estudado. É uma incapacidade de vê-lo transformado em aplicação prática.

A transferência não acontece de maneira espontânea. Ela precisa ser estimulada pelo professor. Como? Segundo Thorndike⁷, só é possível transferir elementos de uma situação para outra se eles forem reconhecidos como idênticos. O reconhecimento de elementos idênticos pode ser conseguido mediante a decomposição de situações clínicas e a demonstração dos elementos comuns (ou analógicos) de base. Mas, para

que isto aconteça, é fundamental que se estimule no aluno a capacidade de análise e de formulação de hipóteses.

Uma outra maneira pela qual o professor ajuda o aluno a adquirir a capacidade de transferir conhecimentos está na maneira pela qual ele interfere na categorização do conhecimento¹. Em outras palavras, de como os dados ensinados ficam organizados na mente do estudante. Para entender melhor este aspecto, imagine-se que certo professor irá discorrer sobre determinada síndrome. Isto pode ser feito de duas maneiras distintas: na primeira, o professor descreve a síndrome e a seguir faz uma lista das principais doenças que poderão motivar seu aparecimento; na segunda, ele descreve a doença mais representativa do grupo, considerada como protótipo. Depois disto, mostram-se os pontos comuns entre a doença protótipo e as doenças menos comuns, que também pertencem a este grupo. Estas doenças menos comuns serão consideradas como pertencendo ou não àquele grupo, pela identificação de similaridades com a doença protótipo. Apresentando o assunto desta segunda maneira, ou seja, explorando a força associativa entre as patologias, é que o professor ajuda a aumentar a capacidade de transferência do aluno¹.

DIFICULDADES DE ESTABELECEM UM RACIOCÍNIO CLÍNICO ADEQUADO

Quando se menciona esta terceira dificuldade, ou seja, a formação de um raciocínio clínico propriamente dito, a situação é um pouco mais complexa. Referimo-nos não à falta de informações ou de lembrança sobre o assunto em questão, mas à incapacidade de ordenar estas informações. Entendemos que este é um aspecto que não só está no âmago do processo de diagnóstico, mas que também influi de maneira decisiva em outros aspectos do desempenho do profissional.

Quando analisa um caso, o médico escuta a lista de queixas do paciente, examina-o e coleta informações de exames laboratoriais. Estas informações recebidas são trabalhadas, selecionadas, desprezando-se algumas e valorizando-se outras. Após isto, o profissional responde com palavras ou ações, e, às vezes, até consegue resolver o problema do paciente em uma única consulta.

Como isto ocorre? Aparentemente, o conteúdo da consciência de uma pessoa não é suficiente para explicar de que maneira este raciocínio acontece. Para isto, muitos psi-

cólogos contemporâneos têm proposto a chamada arquitetura cognitiva dupla¹. Em breves palavras, a arquitetura cognitiva dupla responde pelo processamento do pensamento em duas instâncias: uma inconsciente (ou automática) e outra consciente.

A forma automática ou inconsciente do pensamento tende a ser rápida, não requer esforço e não se limita pela capacidade do indivíduo. Já a forma consciente requer esforço, é lenta e está limitada pela capacidade. Entretanto, esta última via é dotada de maior criatividade.

A arquitetura cognitiva dupla é um processo adaptativo. De maneira geral, a primeira via utilizada na tentativa de diagnosticar é a inconsciente. Frente a um estímulo, o sistema inconsciente ajusta o comportamento do profissional de maneira rápida, com base em experiências prévias. No entanto, se a situação enfrentada é nova, e o sistema inconsciente é insuficiente para resolver a questão apresentada, algumas informações ganham a consciência, e o indivíduo passa a trabalhar com a via consciente.

Como se adquire a via inconsciente do raciocínio? Ela pode se originar da própria via consciente que se torna automática por meio da repetição. Um exemplo bem comum disto é como aprendemos a ler. A leitura, pela prática, é feita automaticamente, mas no início requer esforço de juntar letras e formar sílabas. Na Medicina, isto aparece de modo bem patente nos chamados protocolos hospitalares, nos quais se estabelece uma rotina de investigação e de tratamento para certas doenças mais comuns. Esta via, no entanto, deve ser revista periodicamente. Como os conhecimentos científicos evoluem com rapidez, facilmente podem aparecer evidências que invalidem antigas conclusões, tornando-as obsoletas.

Outra maneira de adquirir a via de raciocínio inconsciente é por meio de experiências nas quais as pessoas adquirem alguma capacidade sem estar plenamente conscientes do que elas realmente aprenderam. Este segundo aspecto é bastante interessante porque consegue explicar a capacidade que muitos clínicos têm de saber determinadas coisas, possuir determinadas convicções sem ter evidências concretas que as suportem ou sem conseguir explicá-las logicamente, atribuindo-as à intuição. É o que chamamos, vulgarmente, de "olho clínico". O médico simplesmente sabe, sem estar plenamente consciente do porquê. Como Alan Nelson descreve muito bem⁸, esta é uma daquelas qualidades que permite que o médico faça o diagnóstico, baseado aparentemente em dados mínimos,

num verdadeiro "lampejo de iluminação", despertando, muitas vezes, admiração nos colegas.

Já a solução consciente do problema ocorre por meio de uma série de operações que poderia ser considerada como um método científico. Primeiro, por meio da reunião de dados preliminares, formula-se uma ou mais hipóteses iniciais (diagnósticos ditos sindrômicos). A seguir, as hipóteses sindrômicas são selecionadas ou agrupadas, dando origem a suposições mais específicas (diagnósticos etiológicos). O último passo é reestudar o caso, selecionando-se dados que possam servir para a escolha do diagnóstico final mais provável. O aluno, nas fases iniciais do curso, fica nas suposições preliminares e só gradativamente é que passa a formular os diagnósticos etiológicos. Vejamos um exemplo: um paciente X da enfermaria de Clínica Médica se queixa de ter acordado subitamente à noite com uma forte dor no peito e falta de ar. Um aluno do segundo ano pensa que ele pode ter alguma coisa de errado com o pulmão ou o coração e que seria bom saber o que mostra um RX de tórax e um eletrocardiograma. Localiza o problema no lugar certo, mas não sabe ir para a frente. Um aluno do sexto ano, mais experiente, pensaria que o paciente pode ter tido uma angina instável, um infarto do miocárdio ou uma embolia de pulmão. Estas hipóteses específicas serão testadas por achados de exame físico e/ou laboratório, tais como gasometria, eletrocardiograma, dosagem de enzimas cardíacas, etc. antes da conclusão final. Assim, partindo da localização correta do problema (pulmão ou coração), o sextanista procura causas de doenças nestes órgãos que sejam súbitas e que possam acometer alguém que está em repouso.

A capacidade de evoluir de um diagnóstico sindrômico para um etiológico acontece com o conhecimento gradativo, do ponto de vista tanto teórico quanto prático, da maneira pela qual as doenças se comportam. Só que isto nem sempre parece ser o suficiente, principalmente para casos mais complexos. Muitos dos alunos não conseguem relacionar os diferentes problemas entre si, a despeito de um bom suporte teórico do assunto em questão, quando visto de maneira isolada. Percebe-se que esta dificuldade existe nos vários níveis de formação do diagnóstico, seja na reunião dos principais dados para a formação do diagnóstico sindrômico, no agrupamento destes para formar um diagnóstico etiológico, ou ainda na inter-relação dos possíveis diagnósticos etiológicos entre si.

Aparentemente, a visão fragmentada dos assuntos apre-

sentados ao aluno, impedindo-o de ter uma visão global do seu paciente, é a causa deste obstáculo. As escolas de Medicina, de modelo curricular flexneriano, apresentam-se divididas em departamentos e disciplinas estanques, que mostram apenas o que se refere à sua especialidade. Impede-se que o aluno perceba os possíveis elos existentes entre as diversas formas de manifestações de uma mesma doença e as eventuais repercussões que existem de uma patologia sobre as demais. Não há dúvida de que este aspecto precisa ser revertido. Recentemente, nota-se, em muitas escolas, um movimento em prol da formação do médico generalista, que teria uma visão mais completa do paciente. Entretanto, esta é uma questão que não pode ser levada a extremos, como muitos propõem, nem tratada com leviandade. Não se trata de deixar de formar especialistas, uma vez que eles são uma necessidade da vida moderna. De que outra maneira seria possível tirar proveito de todas as boas possibilidades que o progresso oferece? Também não se pode confundir a visão de formação geral do médico com superficialidade no ensino, ou seja, com uma forma de "barateamento" nesta sua formação. A questão está em formar especialistas que tenham uma base de conhecimentos bem ampla e geral que lhes permita inter-relacionar a sua prática com a de outros especialistas.

Uma compreensão mais geral do paciente pode ser conseguida mostrando-se ao aluno a visão completa, interdisciplinar, das situações em que irá atuar. É papel do professor mostrar como a gama de possibilidades pode ser muito mais extensa do que parece à primeira vista. Para isto, ele não deve ensinar ao aluno o que é um sintoma isolado, sem um contexto de fundo. Não deve mostrar complicações separadas daquilo que as causa. Além disso, é papel do professor despertar no aluno a consciência de que, muitas vezes, no delicado balanço entre o normal e o patológico, aquilo que transforma uma pessoa saudável em doente só é possível dadas as suas relações com a totalidade do ser. Uma doença nunca é do rim, dos olhos ou das articulações. É sempre do indivíduo.

O aprendizado do diagnóstico deve atender igualmente às duas vias de raciocínio – consciente e inconsciente. Dedicar excessiva atenção a uma delas pode prejudicar o desenvolvimento da outra, e ambas são necessárias ao bom desempenho do médico. Se um aluno aprende a usar apenas a via inconsciente, será incapaz de diagnosticar qualquer patologia que não seja corriqueira. Se utilizar somente a via consciente, tenderá a complicar tudo o que vê, investindo em investiga-

ções caras e invasivas, muitas vezes desnecessárias e que acabam por causar mais sofrimento que benefício ao paciente.

A maneira mais fácil de motivar um aluno a fixar conceitos básicos, a transferir conhecimentos entre as diferentes patologias e a desenvolver ambas as vias do raciocínio é colocá-lo frente a casos reais. A prática ensina estes aspectos na proporção exata em que serão necessários na vida profissional futura. É no dia-a-dia dos hospitais e dos ambulatórios que se motiva o aluno a reter os conhecimentos aprendidos, que se desenvolve a sua aptidão para observar, analisar e comparar dados. Assim, ele conseguirá interpretar a realidade e retirar dela os subsídios necessários para fundamentar a ação que irá ajudar o paciente. Bem tinha razão Osler quando disse⁴: "só com a prática se chega à excelência. A Medicina se aprende ao lado do doente".

SUMMARY

In this text, we discuss the main difficulties that a teacher faces when trying to teach medical students to reach a clinical diagnosis. The main issues are: difficulties in retaining knowledge, mainly contents of basic sciences; failure in transferring knowledge from one area to another; difficulty in maintaining a clear reasoning. We offer some advice on how to solve such problems.

KEY WORDS

- Medical education;
- diagnosis teaching;
- clinical diagnosis;
- medical student.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BORDAGE, G., ZACKS, R. The Structure of medical knowledge in the memories of medical students and general practitioners; categories and prototypes. *Medical Education*, v. 18, p. 406-416, 1984.
2. BOREHAM, N.C. The Dangerous practice of thinking. *Medical Education*, v. 28, p.173-179, 1994.
3. CANGUILHEM, G. *O Normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
4. FARRERA, V. P. *Medicina interna, v. 1*. Barcelona: Marin, 1972.
5. JANSEN, J. M. *et al.* Evasão dos conhecimentos nos primeiros anos do curso médico. *R. Bras. Educ. Med.* v.9, n. 3, p. 170-171, 1985.
6. JONES, J. G. *et al.* The Acquisition of cognitive knowledge through clinic experiences. *Medical Education*, v. 20, p. 10-12, 1986.
7. MILLER, G. E. *Ensino e aprendizagem nas escolas médicas*. São Paulo: Nacional, 1967.
8. NELSON, A. R. Humanism and the art of medicine: our commitment to care. *JAMA*, v. 292, n. 9, p.1228-1230, 1989.
9. NEWBLE, D. L., GORDON, M. The Learning style of medical students. *Medical Education*, v.19, p. 3-8, 1985.
10. ROITMAN, R. Psicologia da aprendizagem e prática docente. parte 1 e 2. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1;2, p. 24-29 e p. 88-92, 1983.

Endereço para correspondência:

Rua João Alencar Guimarães, 796

80310-420 - Curitiba - Paraná