

Avaliação de necessidades para um currículo de otorrinolaringologia na graduação

Evaluation of the necessities for an otolaryngology curriculum in the graduation

Lucas Gomes Patrocínio¹,
Glaucio Costa Silveira¹,
Tomas Gomes Patrocínio²,
José Antônio Patrocínio³

Palavras-chave: educação médica, avaliação do ensino, avaliação de necessidades, otorrinolaringologia, currículo.
Key words: medical education, evaluation, needs, otorhinolaryngology, curriculum.

Resumo / Summary

Introdução: em todo o mundo, especialistas em Educação Médica têm se reunido na busca da melhoria do ensino. Na área de Otorrinolaringologia (ORL), principalmente no Brasil, poucos estudos têm sido feitos com relação ao ensino e à mudança curricular. **Objetivo:** Para tal, objetivamos avaliar as necessidades para um currículo de ORL na graduação em Medicina, na visão de otorrinolaringologistas e de médicos generalistas. **Forma de estudo:** prospectivo. **Material e método:** Questionários foram aplicados a dois grupos: Grupo 1 – otorrinolaringologistas; Grupo 2 – médicos generalistas. O questionário continha uma lista de 88 áreas de conhecimento e 65 de habilidades em ORL. Os entrevistados avaliaram cada área de acordo com uma escala de relevância para o currículo de graduação, sendo 4 indispensável, 3 importante, 2 útil para poucos médicos generalistas, 1 interessante, mas desnecessária sua inclusão, e 0 dispensável. Baseado neste sistema de pontuação, para cada área foi calculada a média. Áreas do conhecimento como amigdalite, otites, rinite alérgica, epistaxe, sinusites e faringites receberam as maiores pontuações. **Resultado:** Os otorrinolaringologistas priorizaram as complicações das otites e sinusites. Na área das habilidades, os tópicos com maiores pontuações foram: tomar história do paciente; otoscopia; exame físico otorrinolaringológico; exames dos pares cranianos; tamponamento nasal anterior. Os médicos generalistas priorizaram remoção de corpo estranho de ouvido e nariz, retirada de cerume e colheita de material de orofaringe para cultura. **Conclusão:** Este estudo demonstrou dados que podem subsidiar educadores da área médica quando da reformulação do currículo de ORL para o curso de graduação em medicina.

Introduction: all over the world, specialists in Medical Education have been looking for improvement of teaching. In the area of Otorhinolaryngology (ENT), mainly in Brazil, few studies have been performed about teaching and curricular change. **Aim:** For such, we aimed to assess the needs for an undergraduate ENT curriculum, in the vision of otolaryngologists and general physicians. **Study design:** clinical. **Material and method:** Questionnaires were applied to two groups: Group 1 - otolaryngologists; Group 2 - general physicians. The questionnaire contained a list of 88 areas of knowledge and 65 of skills in ENT. **Result:** The interviewees evaluated each area in accordance with a scale of relevance for the undergraduate curriculum, being 4 indispensable, 3 important, 2 useful for few general physicians, 1 interesting, but unnecessary its inclusion, and 0 dispensable. Based on this score system, the average was calculated for each area. Areas of knowledge as tonsillitis, otitis, allergic rhinitis, epistaxis, sinusitis and pharyngitis received the highest scores. The otolaryngologists prioritized complications of otitis and sinusitis. In the areas of skills, the topics with highest scores were: history taking; otoscopy; physical examination of ENT; cranial nerves examination; anterior nasal packing. The general physicians prioritized removal of foreign body from ear and nose and cleaning cerumen from ear canal. **Conclusion:** This study showed data that may subsidize medical educators when reformulating undergraduate ENT curriculum.

¹ Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

² Aluno da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

³ Professor Titular e Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Correspondência: José Antônio Patrocínio – Rua XV de Novembro, 327 / aptº. 1600 – Bairro Centro Uberlândia – MG – 38400-214

Telefone/Fax: (0xx34) 3215-1143 – E-mail: lucaspatrocinio@triang.com.br

Artigo recebido em 6 de setembro de 2001. Artigo aceito em 20 de novembro de 2001.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, especialistas em Educação Médica têm se reunido na busca de estratégias globais de intervenção para a melhoria do ensino. Em 1988 ocorreu, em Edimburgo, a Conferência Mundial de Educação Médica que estabeleceu diretrizes em favor do aprimoramento da saúde e bem-estar da população¹¹.

O modelo de ensino médico em uso na maioria das escolas médicas brasileiras reforça as diretrizes do Relatório Flexner, resultando em uma visão biomédica que desvia a atenção dos aspectos psicológicos e sociais que permeiam a medicina e numa excessiva centralização do ensino em hospitais de alta complexidade e com alta tecnologia. Este modelo tem sido fortemente questionado a nível internacional e nacional. Internacionalmente, a II Conferência Mundial de Educação Médica recomendou a instituição de programas para melhorar a competência de ensino e a capacidade de comunicação do corpo docente, ênfase na ética e na abordagem científica, educação médica continuada e aprendizagem duradoura¹¹.

No Brasil, foi criada em março de 1991 a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), como uma resposta da sociedade civil organizada à crise da Educação Médica, freqüentemente apontada como grande responsável pelo grave quadro de saúde do país^{3,4}. O próprio governo tem buscado avaliar as universidades brasileiras através do Exame Nacional de Cursos, o "Provão". Ademais, há um esforço governamental para que se formem médicos generalistas, principalmente após a criação do Programa de Saúde da Família.

Na área de Otorrinolaringologia poucos estudos têm sido feitos com relação ao ensino e a mudança curricular^{1,2,5}. Há uma grande discordância entre a carga curricular despendida a problemas otorrinolaringológicos na escola médica e a importância destes problemas para os alunos da graduação, dos quais metade serão médicos generalistas. Logo, devemos usar mais eficientemente o curto tempo disponível à otorrinolaringologia.

Dentro do novo espírito da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de flexibilização dos currículos de graduação e da necessidade de permanentemente revisar o que está sendo executado, torna-se imprescindível propor novos currículos para o curso médico.

Para tal, realizamos o presente estudo com o objetivo de avaliar as necessidades para um currículo de Otorrinolaringologia na graduação em Medicina, na visão de otorrinolaringologistas e de médicos generalistas.

MATERIAL E MÉTODO

Questionários foram aplicados a dois grupos de profissionais que representam diferentes perspectivas em educação otorrinolaringológica. O Grupo 1 compreendeu

otorrinolaringologistas, com título de especialista, professores universitários ou não. O Grupo 2 foi composto por médicos generalistas, professores universitários ou não.

No Grupo 1, o questionário foi aplicado em um congresso da especialidade em abril de 2000, no qual havia participação de otorrinolaringologistas das cinco regiões geográficas do país. No Grupo 2, o questionário foi aplicado em seis cidades brasileiras distribuídas em quatro regiões do país (com exceção da região Norte).

O questionário continha uma carta explicando o objetivo do estudo, seguida por uma lista de 88 áreas de conhecimento e 65 áreas de habilidades. Os tópicos incluíam aqueles mais comumente encontrados em livros-texto de otorrinolaringologia e em diretrizes atuais para educação em otorrinolaringologia na graduação. Os entrevistados foram orientados a avaliarem cada área (de conhecimento ou de habilidades) de acordo com uma escala de relevância para o currículo de graduação, sendo 4 indispensável, 3 importante, 2 útil para poucos médicos generalistas, 1 interessante, mas desnecessária sua inclusão, e 0 dispensável. Baseado neste sistema de pontuação, para cada área foi calculada a média aritmética.

RESULTADOS

Foram entregues 200 questionários ao Grupo 1, sendo devolvidos 49 (29,5%). No Grupo 2 foram entregues 150 questionários, sendo devolvidos 33 (22%). Com relação ao tempo de graduação dos médicos, no Grupo 1 a média foi de 18,6 anos (variando de 5 a 45 anos), e no Grupo 2 foi de 17,2 anos (variando de 1 a 60 anos) ($p > 0,05$). As pontuações médias de cada área de conhecimento e de habilidade estão listadas em ordem decrescente, respectivamente, nas Tabelas 1 e 2.

No Grupo 1, as pontuações variaram, na área de conhecimentos, de 3,63 para amigdalite a 1,25 para plástica facial e, na área de habilidades, de 3,71 para tomar história do paciente a 0,81 para plástica facial. No Grupo 2, as pontuações variaram, na área de conhecimentos, de 3,76 para amigdalite a 0,76 para implante coclear e, na área de habilidades, de 3,84 para tomar história do paciente a 0,82 para realizar timpanograma.

DISCUSSÃO

Desenvolver um programa completo de educação na área médica é um processo complexo que envolve determinação do conteúdo do currículo, formulação de objetivos e a implementação dele através de vários métodos de ensino e avaliação⁷. Cada disciplina deve decidir quais conhecimentos e habilidades o aluno deve ter adquirido ao final do curso⁶. Uma abordagem ao "produto final" deve prevenir a situação descrita por Hodgkin no Reino Unido. Ele encontrou uma correlação

Tabela 1. Pontuação média dos tópicos de conhecimento, em ordem decrescente.

Conhecimentos	Grupo 1	Conhecimentos	Grupo 2
Amigdalite	3,63	Amigdalite	3,76
Otite média aguda	3,61	Otite média aguda	3,73
Epistaxe	3,52	Otite externa	3,60
Laringite	3,33	Fatores de risco para câncer de C & P	3,42
Obstrução nasal	3,31	Laringite	3,42
Abscesso periamigdaliano	3,29	Rinite alérgica	3,42
Alergia de vias aéreas superiores	3,29	Alergia de vias aéreas superiores	3,40
Otite externa	3,22	Sinusite maxilar	3,39
Rouquidão	3,21	Faringite	3,37
Complicações das otites	3,19	Corpo estranho no conduto auditivo	3,36
Complicações das sinusites	3,19	Corpo estranho no nariz	3,36
Faringite	3,19	Obstrução nasal	3,36
Mastoidite	3,08	Epistaxe	3,33
Epiglotite	3,06	Sinusite frontal	3,30
Rinite alérgica	3,06	Abscesso periamigdaliano	3,21
Fatores de risco para câncer de C & P	3,04	Rinite não-alérgica	3,21
Sinusite maxilar	3,04	Complicações das sinusites	3,16
Corpo estranho no nariz	3,02	Cerume no ouvido	3,15
Vertigem	3,02	Hipertrofia adenoamigdaliana	3,15
Estomatites	3,00	Sinusite etmoidal	3,15
Abscesso de pescoço	2,96	Complicações das otites	3,12
Câncer de cavidade oral e orofaringe	2,96	Otite média crônica	3,12
Otite média crônica	2,96	Corpo estranho no trato aerodigestivo	3,09
Otite média secretora	2,96	Estomatites	3,09
Perda Auditiva Induzida pelo Ruído	2,94	Sinusite esfenooidal	3,09
Sinusite frontal	2,94	Vertigem	3,09
Câncer de laringe	2,92	Massas cervicais	3,06
Cerume no ouvido	2,92	Otite média secretora	3,06
Lesões brancas orais	2,92	Zumbido	3,03
Alterações da voz	2,90	Rouquidão	3,00
Corpo estranho no conduto auditivo	2,88	Otite média recorrente	2,97
Hipoacusia	2,83	Parotidite	2,97
Otite média recorrente	2,83	Abscesso de pescoço	2,94
Perfuração de membrana timpânica	2,83	Disfagia	2,94
Alterações de cordas vocais	2,82	Sprays nasais	2,87
Hipertrofia adenoamigdaliana	2,81	Bócios tireoidianos	2,85
Massas cervicais	2,80	Paralisia facial	2,82
Celulite periorbital	2,77	Celulite periorbital	2,79
Corpo estranho no trato aerodigestivo	2,75	Hipoacusia	2,79
Parotidite	2,75	Halitose	2,76

inversa entre o tempo despendido estudando uma doença em particular e sua incidência na população geral⁸. Essa ironia provavelmente resulta do fato que os docentes formulam o currículo de acordo com seus próprios conhecimentos, interesses e experiências ao invés das reais necessidades dos alunos.

Nas últimas décadas, o tempo alocado para as disciplinas de especialidades como a otorrinolaringologia, em geral, tem declinado ao passo que o conhecimento das doenças tem crescido exponencialmente⁹. O presente estudo representa uma técnica para responder a questão: o que devemos ensinar aos nossos alunos com a carga horária disponível?

No geral, observamos uma concordância em respeito aos conhecimentos e habilidades entre os otorrino-

laringologistas e os médicos generalistas. Ambos acreditam que os alunos devem dominar algumas áreas com proficiência enquanto outras requerem mínima ou nenhuma exposição.

Áreas do conhecimento como amigdalite, otites, rinite alérgica, epistaxe, sinusites e faringites receberam as maiores pontuações em ambos grupos. Os otorrinolaringologistas, diferente dos médicos generalistas, priorizaram as complicações das otites e sinusites, provavelmente, devido à gravidade destas e preocupados com a prevenção das mesmas.

Na área das habilidades os tópicos com maiores pontuações foram: tomar história do paciente; otoscopia; exame físico otorrinolaringológico; exames dos pares cranianos; tamponamento nasal anterior. Foi dada uma

Tabela 2. Pontuação média dos tópicos de habilidade, em ordem decrescente.

Habilidades	Grupo 1	Habilidades	Grupo 2
Tomar história do paciente	3,71	Tomar história do paciente	3,84
Otoscopia	3,50	Otoscopia	3,75
Exame físico ORL	3,45	Exame físico ORL	3,62
Usar espéculo nasal	3,32	Colher material para cultura de orofaringe	3,44
Usar espelho frontal	3,32	Tampão nasal anterior	3,38
Orofaringoscopia	3,29	Exame dos pares cranianos	3,28
Exame dos pares cranianos	3,05	Remover corpo estranho do ouvido	3,25
Tampão nasal anterior	3,05	Remover corpo estranho do nariz	3,16
Traqueostomia	2,81	Interpretar RX em ORL	3,12
Interpretar RX em ORL	2,76	Retirar cerume do ouvido	3,10
Mastoidectomia	2,72	Usar espéculo nasal	3,09
Remover corpo estranho do nariz	2,71	Remover corpo estranho da faringe	3,03
Retirar cerume do ouvido	2,71	Colocar tampão auricular	3,00
Interpretar TC em ORL	2,68	Orofaringoscopia	2,87
Teste do diapasão	2,67	Traqueostomia	2,87
Tampão nasal posterior	2,64	Drenar abscesso de pescoço	2,78
Drenar abscesso periamigdaliano	2,55	Drenar abscesso periamigdaliano	2,78
Remover corpo estranho do ouvido	2,54	Tampão nasal posterior	2,78
Interpretar audiometria	2,43	Remover corpo estranho do trato aerodigestivo	2,75
Cauterização em epistaxes	2,41	Usar espelho frontal	2,69
Remover corpo estranho da faringe	2,40	Cauterização em epistaxes	2,66
Drenar abscesso de pescoço	2,33	Laringoscopia direta	2,59
Colher material para cultura de orofaringe	2,31	Interpretar TC em ORL	2,47
Colocar tampão auricular	2,22	Cricotireotomia	2,44
Teste de nistagmo espontâneo	2,22	Laringoscopia indireta	2,31
Nasofaringoscopia indireta	2,10	Testar sistema vestibular	2,19
Anestesia tópica em ORL	2,02	Interpretar audiometria	2,16
Redução de fratura nasal	2,02	Teste de nistagmo espontâneo	2,12
Anestesia local em ORL	1,95	Anestesia tópica em ORL	2,06
Laringoscopia direta	1,95	Anestesia local em ORL	1,97

maior importância pelos otorrinolaringologistas para habilidades como usar espéculo nasal e espelho frontal e realizar orofaringoscopia, enquanto que os médicos generalistas priorizaram remoção de corpo estranho de ouvido e nariz, retirada de cerume e colheita de material de orofaringe para cultura. Esses resultados mostram que há uma maior valorização, pelos médicos generalistas, de habilidades necessárias a seu cotidiano. A opinião destes médicos deve ser observada quando o currículo de otorrinolaringologia está sendo estruturado, pois estes conseguem identificar, na prática, áreas nas quais eles foram inadequadamente treinados.

Portanto, acreditamos que as áreas de conhecimento e habilidades que receberam maior pontuação devem ser enfatizadas na formulação do currículo de otorrinolaringologia recebendo uma maior carga horária, enquanto que os tópicos de menor pontuação devem ser menos valorizados.

Várias pesquisas sobre avaliação de necessidades educacionais têm sido realizadas, inclusive na otorrinolaringologia^{2,5,8,10}. Dados semelhantes aos encontrados por nós foram observados por pesquisadores em estudos realizados nos Estados Unidos^{2,5}. No Brasil, não encontramos uma

avaliação de necessidades para o currículo de otorrinolaringologia.

Esta pesquisa é uma tentativa preliminar de definir prioridades na área de conhecimentos e habilidades em otorrinolaringologia. Buscou-se adquirir dados que subsidiem educadores da área médica quando da reformulação do currículo de otorrinolaringologia para o curso de graduação em medicina.

CONCLUSÕES

Os resultados apresentados mostram, no geral, uma concordância entre os otorrinolaringologistas e os médicos generalistas. De acordo com estes, conhecimentos como amigdalite, otites, sinusite, rinite alérgica, laringite e epistaxe, e habilidades como tomar história do paciente, otoscopia, exame físico otorrinolaringológico e exame dos pares cranianos deveriam ser priorizados no currículo de otorrinolaringologia.

Estes dados são oferecidos a todos médicos educadores do Brasil, para que possam utilizá-los e modificar o currículo de otorrinolaringologia de acordo com os objetivos e prioridades de cada instituição, bem como da carga horária disponível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BODIN, R.; ARENSON-PANDIKOW, H.M.; BOECK, M.R. – Otorrinolaringologia: projeto integrado de avaliação do ensino médico. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, 60(3):212-5, 1994.
2. CARR, M.M.; BROWN, D.H.; REZNICK, R.K. – Needs assessment for an undergraduate otolaryngology curriculum. *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 120(6):865-8.
3. CINAEM. Avaliação do Ensino Médico no Brasil – Relatório da 1ª Fase: Estudo Epidemiológico de Desenho Ecológico. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, 16(1/3):37-42, 1992.
4. CINAEM: A realidade das escolas médicas. – *Medicina Conselho Federal*, Brasília, 10(84):20-21, 1997.
5. GANZEL, T.M.; MARTINEZ, S.A. – Are we teaching medical students what they need to know? *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 100(4):339-44, 1989.
6. KANE, R.; WOOLEY, F.R. – Toward defining the end product of medical education. *J. Med. Educ.*, 48:615-24, 1973.
7. KOIFMAN, L. – A teoria de currículo e a discussão do currículo médico. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, 22(2/3):37-47, 1998.
8. LAWRENCE, P.F.; ALEXANDER, R.H.; BELL, R.M.; FOLSE, R.; HAYNE, J.L.; LAUBY, V.W. – Determining the content of a surgical curriculum. *Surgery*, 94:309-15, 1983.
9. LUND, V.J. – Otolaryngology in the curriculum – 10 years on: discussion paper. *J. R. Soc. Med.*, 83(6):377-9, 1990.
10. SPIVEY, B.E. – A technique to determine curriculum content. *J. Med. Educ.*, 46:269-74, 1971.
11. WORLD CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION. – *The Declaration of Edinburgh*. Edinburgh, World Federation for Medical Education, 1998 (mimeografado).