

18

Janeiro 2013

Essências
EDUcare

Estratégias de Promoção do Raciocínio Clínico

"Poderia argumentar-se que é supérfluo ensinar o raciocínio clínico na era das ajudas computadorizadas ao diagnóstico, aos registos médicos eletrónicos, e às massivas bases de dados clínicas eletrónicas. Na minha opinião, é mais necessário do que nunca: nenhuma destas modalidades digitais pode ainda substituir um perito clínico."

Kassirer, jerome p. (*Academic medicine*, vol. 85, no7, july 2010)

1. O que a investigação sobre o raciocínio Clínico nos diz?

O raciocínio clínico refere-se ao processo cognitivo que é necessário para avaliar e gerir um problema médico de um paciente. Permite que os clínicos cheguem a diagnósticos e tomem decisões com base nesses diagnósticos, e é considerado um dos fatores determinantes da competência clínica.

O paradigma atual sobre o modo como os clínicos chegam a um diagnóstico é melhor descrito pelo modelo do processo-dual, em parte automático e em parte consciente. Os processos automáticos (**Não-Analíticos**), subconscientes ajudam a resolver os problemas comuns, enquanto os processos que dependem de uma cognição consciente, racional e analítica (**Analíticos**) estão disponíveis para verificar as soluções encontradas para os problemas simples ou como um recurso principal para problemas que não se prestam a soluções automáticas.

Quer as estratégias Não-analíticas quer as analíticas são eficazes e são usadas simultaneamente, numa forma interativa. O conhecimento atualmente existente leva-nos a reconhecer que a *expertise* reside mais na disponibilidade de múltiplas representações do conhecimento na memória, do que na aquisição de uma ou outra estratégia particular de raciocínio..

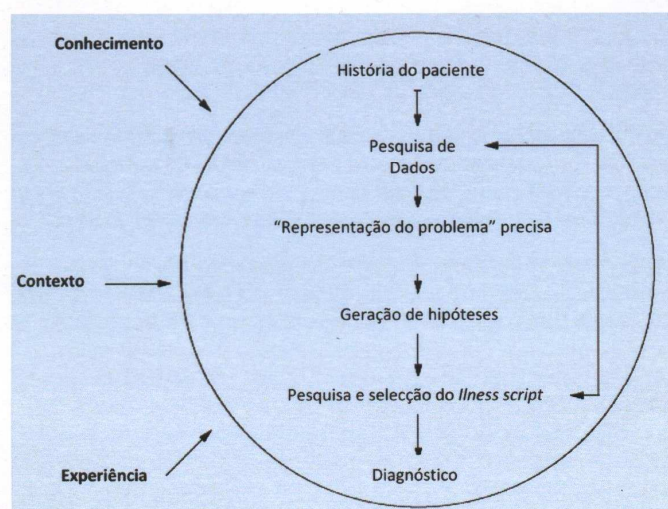


Figura 1. Elementos-chave do processo de Raciocínio Clínico Diagnóstico

Como evolui o raciocínio clínico e se desenvolve a expertise ao longo da formação médica?

As teorias mais recentes consideram que o maior ou menor grau de *expertise* depende menos da quantidade de conhecimento acumulado e mais da forma como este conhecimento se encontra organizado na memória e é armazenado e recuperado. Estas teorias assumem um desenvolvimento faseado, que compreende diferentes estádios, correspondentes à evolução do percurso de formação médica.

Estádio inicial (redes causais): desenvolvimento de redes ricas e elaboradas de conhecimento causal, que explica as causas e consequências da doença em termos dos processos fisiopatológicos e biológicos subjacentes. Quando confrontados com um caso clínico neste estádio de desenvolvimento, os estudantes tenderão a focar-se nos sinais e sintomas isolados e tentar relacionar cada um deles com os conceitos fisiopatológicos que aprenderam. É um processo que envolve muito esforço cognitivo, e é essencialmente **analítico**.

Estádio intermédio (conhecimento encapsulado): com a progressiva aplicação do conhecimento e especialmente com a exposição a problemas dos doentes, ocorre uma mudança na estruturação do conhecimento. As suas redes de conhecimentos detalhados causais e fisiopatológicos tornam-se encapsuladas em modelos causais simplificados. Este mecanismo que pode ser definido como o agrupamento ou a aglomeração de conceitos detalhados de baixo-nível e as suas inter-relações, sob um número menor de conceitos de alto-nível com o mesmo poder explicativo.

Estádio avançado (Illness Scripts): à medida que os alunos começam a praticar extensivamente com doentes reais, ocorre uma nova alteração na organização do conhecimento. O conhecimento encapsulado do estádio anterior é reorganizado em estruturas narrativas que diversos autores referem como *Illness Scripts*. Estes são entidades cognitivas que contêm pouca informação sobre as causas fisiopatológicas da doença dos sintomas e queixas, mas uma miríade de informação clínica relevante acerca das condições de emergência da doença (**enabling conditions**), como produto da experiência crescente sobre a forma como a doença se manifesta na vida diária. A aquisição destes *Illness Scripts* é largamente baseada na experiência prática e na acumulação de contactos com doentes reais. Os *Illness Scripts* existem em diferentes graus de generalidade, abrangendo desde representações mentais de categorias de doenças até representações de doentes individuais observados anteriormente. Um pressuposto destas teorias é a de que todos estes tipos diferenciados de organização do conhecimento estão à disposição do perito médico, com um maior ou menor nível de esforço cognitivo consciente ou subconsciente.

2. Que estratégias curriculares apresentam potencial para promover o raciocínio clínico?

Aqui procuramos compilar e sistematizar algumas estratégias de promoção do desenvolvimento do raciocínio clínico que se encontram dispersas pela literatura relevante. A maioria das recomendações é encontrada transversalmente em muitos dos textos, ainda que assumindo formulações diversas.

Estratégias Gerais

Exposição a múltiplos e variados casos clínicos: permite o desenvolvimento da intuição (processos não-analíticos) através da construção de padrões na memória de longo-prazo. Não é adequado observar-se apenas um doente com uma determinada condição, uma vez que pode haver considerável variabilidade nas apresentações dos doentes. De facto, tem que haver múltiplas experiências com o mesmo tipo de doente e doença até a compreensão da condição clínica se efetivar.

Desde cedo na sua formação, os alunos devem ter a possibilidade de **avaliar doentes com problemas comuns, idealmente problemas para os quais exista uma apresentação prototípica**. Depois das características da apresentação prototípica se terem consolidado na memória, a exposição clínica a problemas similares permitirá oferecer uma base de comparação e proporcionará aos alunos um reconhecimento dos achados subtis ou atípicos. Deve haver um cuidado especial na **seleção cuidadosa de casos-exemplo**, por forma a promover a compreensão de regras e princípios gerais, que possam ser generalizáveis a outras situações.

As intervenções educativas devem ser desenhadas com um enquadramento teórico baseado num processamento dual (analítico e não analítico), de modo que as instruções explícitas encorajam os formandos a usar ambas as estratégias. A abordagem preferencial encoraja o raciocínio não-analítico em problemas simples e encoraja o raciocínio analítico nos problemas mais difíceis (diagnostic error and reasoning, 2010, MedEduc).

Encorajar hábitos de leitura úteis: os alunos devem ler acerca dos problemas dos pacientes de uma forma que promova o raciocínio diagnóstico, ao invés de lerem acerca dos tópicos de um modo automático, de pura memorização, sem contextualização. Particularmente, os alunos mais jovens devem ler acerca de pelo menos duas hipóteses diagnósticas em simultâneo, comparando e contrastando as semelhanças e diferenças nas características dos casos.

Encorajar os alunos a pesquisar evidência crítica de outras fontes de informação, incluindo bases de dados eletrónicas.

Pode ser importante o **papel de um facilitador (coach) como monitorizador das perguntas e respostas dos alunos, e como facilitador do processo de feedback interativo**, que ocorre à medida que o caso se desenrola, e não apenas no final, quando todo o raciocínio intermédio já se teria perdido. Encorajar os estudantes a procurar ativamente e imediatamente por feedback dos seus tutores. O papel do feedback é crítico no desenvolvimento do raciocínio clínico. O feedback deve ser dado durante a atividade.

Estratégias Específicas

Organização do material (narrativas dos casos) seguindo a sequência cronológica em que este acontece na vida real e devem incluir não só os factos da doença e do doente, mas também as ações que foram tomadas à medida que a doença evoluía. A evidência aponta no sentido de que as intervenções mais eficazes são concebidas para serem implementadas durante o curso do raciocínio e não retrospectivamente, após o processo estar completo.

Verbalização das "Representações dos Problemas": uma das tarefas cognitivas iniciais que um clínico realiza no processo de raciocínio é o da "representação do problema", que consiste essencialmente em criar uma definição sucinta e genérica do caso

clínico em termos abstratos (eg. para uma situação de artrite aguda: "episódio agudo de um processo recorrente, doloroso e monoarticular num homem de meia-idade, caso contrário, saudável."). O docente pode ajudar neste processo ao solicitar aos alunos que descrevam a sua representação pessoal dos problemas permitindo assim compreender as suas diferentes perspetivas e necessidades de aprendizagem. Os docentes devem verbalizar as suas próprias representações dos problemas e raciocinar em voz alta para ajudar os alunos.

"Podes dar-me um sumário em uma ou duas frases sobre este caso? Esta é a forma como eu penso que pode ser resumido..."

Estratégias de comparação e contraste das hipóteses diagnósticas: os alunos mais jovens geralmente geram numerosas possibilidades diagnósticas para cada caso clínico. Para priorizar uma lista tão longa, estes devem ser encorajados a comparar e contrastar os possíveis diagnósticos na base da relação entre os dados clínicos reais do caso, as apresentações típicas para cada possibilidade diagnóstica, e as probabilidades relativas dos diferentes diagnósticos.

"Quais são os teus diagnósticos principal e alternativos? Que características do caso te ajudaram a distinguir entre eles?"

Os estudantes devem ter a possibilidade de formular as hipóteses diagnósticas desde os primeiros segundos ou minutos do encontro com o doente, ao contrário da abordagem tradicional, muito centrada na exploração da componente analítica do raciocínio. A tradicional pergunta "O que pensas deste doente?" deve ser colocada muito cedo. Isto permitirá que as hipóteses levantadas intuitivamente e não conscientemente pelos alunos possam ser exploradas e discutidas. Neste contexto, a supervisão direta durante as tarefas clínicas é útil.

Variar expectativas em função do nível de desenvolvimento do aluno: nem sempre o desenvolvimento do aluno está diretamente relacionado com o seu número de anos de formação. A experiência com casos similares poderá ser muito mais determinante. Para averiguar o nível de compreensão e as falhas no processo de raciocínio clínico dos alunos, é necessário aplicar estratégias específicas de questionamento, especialmente o uso de perguntas de resposta aberta.

"Já cuidaste de outros doentes com este problema? O que te recordas acerca destes doentes? Que perguntas têm acerca deste caso?"

Proporcionar feedback cognitivo específico: o docente deve apontar a informação diagnóstica significativa nos dados sobre o caso, identificar achados irrelevantes ou redundantes, e sublinhar as características discriminantes, incluindo o seu peso relativo ou importância para a retirada de conclusões sobre o diagnóstico mais correto. Quando o aluno sugira uma possibilidade diagnóstica possível, mas improvável, o docente pode pedir ao aluno que descreva as características-chave de um caso prototípico e que o compare com os achados do caso em análise.

"Qual é a apresentação clássica para o teu diagnóstico? Que achados neste caso se adequam a essa apresentação típica? Há características-chave presentes em número suficiente para continuar com esta linha de raciocínio? O que mais precisamos de saber sobre este doente?"

Evitar erros cognitivos: Na fase de sumarização da discussão de um caso, fazer uma análise retrospectiva e feedback imediato acerca dos tipos de erros cometidos, quando o tenham sido.

A conclusão mais importante a retirar da literatura produzida sobre o raciocínio clínico é a de que o enfoque na instrução de uma ou outra estratégia de processamento poderá ser menos importante do que envolver os alunos com muitos problemas, que sejam cuidadosamente sequenciados de modo a otimizar a aprendizagem e a transferência de conhecimento.