

Exame clínico pediátrico: aquisição de habilidades na disciplina Pediatria Preventiva Social, FAMEB - UFBA

Leonardo Antonio Pereira Ribeiro¹

Camila Pereira Fernandes Dias¹

Fernanda Azevedo Jesuíno¹

Taiana Q. N. Alcântara¹

Isis C. Figueiredo¹

Ana Carolina S. Sá¹

Clara Maia Bastos¹

Roberta Sampaio Suñé¹

Priscila Machado M. Belitardo¹

Cindy S. Oliveira¹

Mariana C. Santana¹

Janine B. Casqueiro¹

Daisy Milena C. Lopes¹

Luis Fernando Adan²

Luciana Rodrigues Silva³

Resumo

O estudo analisa as principais dificuldades referidas e as habilidades adquiridas pelos estudantes de Medicina na prática ambulatorial da disciplina Pediatria Preventiva Social, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, em seu primeiro contato com a clínica pediátrica. Através de um questionário, os estudantes foram inquiridos, em dois momentos distintos (início e término da disciplina) acerca dos aspectos com maior dificuldade de superação e progressos obtidos no contato com as crianças. Essa atividade prática se caracteriza pelo atendimento primário ambulatorial, na qual se exercita a consulta pediátrica, enfatizando anamnese detalhada e o exame físico completo, além das peculiaridades das diversas faixas etárias pediátricas. Com relação à anamnese, os estudantes demonstraram ter menor segurança na análise do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor, enquanto que, no exame físico, relataram redução no grau de segurança no exame do abdômen (palpação de órgãos) e dos órgãos genitais. No geral, houve aquisição de habilidades tanto na realização da anamnese quanto do exame físico, sendo que, para algumas variáveis, essa evolução foi mais evidente.

Palavras-chave: pediatria - ensino e aprendizado; pedagogia médica.

¹ Acadêmico do curso de graduação da Faculdade de Medicina. Monitor da disciplina de Pediatria. Universidade Federal da Bahia - UFBA. Salvador. BA

² Prof. Adjunto do Departamento de Pediatria e Coordenador do Programa de Monitoria de Pediatria. Faculdade de Medicina. Universidade Federal da Bahia - UFBA. Salvador. BA.

³ Prof^a. Titular do Departamento de Pediatria e Coordenadora da disciplina Pediatria Preventiva e Social. Faculdade de Medicina. Faculdade de Medicina. Universidade Federal da Bahia - UFBA. Salvador. BA.

Correspondência para / Correspondence to:

Luis Fernando Adan

Av. Reitor Miguel Calmon, s/n

Pavilhão de Aulas - Campus do Canela.

40.110-905. Salvador - Bahia - Brasil.

E-mail luis.adan@uol.com.br.

INTRODUÇÃO

Em 1956, tiveram início, em âmbito mundial, os debates a respeito da criação das disciplinas básicas na educação médica e a introdução dos aspectos preventivos e sociais nas escolas médicas latino-americanas. ⁽¹⁾ A temática da educação e capacitação profissional se torna, então, de fundamental importância na análise dos fatores que irão se refletir na formação dos futuros médicos. ⁽²⁾

A despeito de todas as inovações que ocorreram no ensino médico, ainda predomina a herança da educação grega antiga, na qual os conceitos teóricos são priorizados em detrimento da aplicação prática do conhecimento na atividade profissional, e os estudantes tomam nota do que o professor está falando, no caderno, “para a prova”. ^(3,4,5,6)

Para que o estudante tenha motivação com o aprendizado, faz-se necessário que visualize a aplicação dos conhecimentos no seu dia-a-dia. Assim, o conteúdo prático das disciplinas deve ser intensamente valorizado e estar em concordância com o conteúdo teórico e as reais necessidades da população a ser atendida pelo futuro profissional. ⁽⁴⁾

O que se vê atualmente, nas escolas médicas brasileiras, é ainda uma atenção voltada à assistência secundária e terciária, com um modelo hospitalocêntrico e curativista. Dispensa-se pouca ênfase à atenção primária, às práticas preventivas e às atividades ambulatoriais, apesar dos distintos e dinâmicos modelos de ensino, através dos quais cada escola médica se insere no sistema de saúde da sua região. ^(4,7) Outra questão fundamental é que, na maioria das escolas médicas, o curso de Semiologia é sempre mais voltado para o adulto, sem aprofundar-se nas peculiaridades da semiologia pediátrica desde o recém-nascido, passando pelo lactente, pré-escolar e escolar, até chegar ao adolescente. Esse fato, muitas vezes, contribui para a insegurança do aluno em lidar com a consulta pediátrica.

O objetivo deste trabalho consiste na identificação das principais dificuldades enfrentadas pelos estudantes de Medicina, em seu primeiro contato com a prática ambulatorial da

clínica pediátrica, sobretudo daquelas mais dificilmente vencidas no transcorrer da disciplina.

METODOLOGIA

Realizou-se a análise prospectiva das habilidades adquiridas pelos estudantes na prática da disciplina através de um questionário não-identificado, aplicado no início (n=73) e no final (n=52) do semestre, que avaliou o grau de segurança e as dificuldades esperadas na realização da anamnese e do exame físico pediátrico. Os estudantes foram questionados quanto ao nível de segurança, de acordo com a seguinte categorização: “sempre”, “na maioria das vezes”, “algumas vezes”, “raramente” ou “nunca estou seguro” durante a realização das diversas etapas da anamnese e do exame físico.

RESULTADOS

Na anamnese

Setenta e três e cinquenta e dois alunos responderam o questionário, respectivamente no início e no final do semestre. Os estudantes foram questionados quanto ao grau de segurança durante a realização da anamnese de acordo com cada uma das seguintes etapas: identificação da criança e do responsável (ID), queixa principal (QP), história da doença atual (HMA), interrogatório sistemático (IS), antecedentes obstétricos (AO), antecedentes neonatais (AN), antecedentes alimentares (AA), antecedentes imunológicos (AI), antecedentes patológicos (AP), antecedentes familiares (AF), crescimento (CR), desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) e história psicossocial (HPS).

Nas tabelas 1 e 2, respectivamente referentes ao início e ao final do semestre, pode-se verificar que, na anamnese pediátrica, a identificação da criança e do responsável (61,6% e 76,9%) e a queixa principal (38,4% e 57,7%) foram as etapas em que os estudantes relataram ter maior segurança, enquanto que a análise do crescimento (4,1% e 15,4%) e do desenvolvimento neuropsicomotor (2,7% e 17,3%) fo-

Tabela 1 - Dados do início do semestre com relação ao grau de segurança dos estudantes durante a realização da anamnese (n = 73)

| | SEMPRE | | NA MAIORIA DAS VEZES | | ALGUMAS VEZES | | RARAMENTE | | NUNCA | | QUESTÃO EM BRANCO | |
|------|--------|------|----------------------|------|---------------|------|-----------|------|-------|-----|-------------------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| ID | 45 | 61,6 | 25 | 34,2 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 03 | 4,1 |
| QP | 28 | 38,4 | 38 | 52,1 | 03 | 4,1 | 00 | 0,0 | 01 | 1,4 | 03 | 4,1 |
| HMA | 11 | 15,0 | 50 | 68 | 09 | 12,3 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 03 | 4,1 |
| IS | 17 | 23,3 | 43 | 58,9 | 09 | 12,3 | 01 | 1,4 | 00 | 0,0 | 03 | 4,1 |
| AO | 09 | 12,3 | 33 | 45,2 | 25 | 34,2 | 03 | 4,1 | 00 | 0,0 | 03 | 4,1 |
| AN | 07 | 9,6 | 30 | 41,1 | 27 | 37,0 | 06 | 8,2 | 00 | 0,0 | 03 | 4,1 |
| AA | 13 | 17,8 | 30 | 41,1 | 23 | 31,5 | 03 | 4,1 | 00 | 0,0 | 04 | 5,5 |
| AI | 10 | 13,7 | 35 | 47,9 | 19 | 26,0 | 05 | 6,8 | 01 | 1,4 | 03 | 4,1 |
| AP | 19 | 26,0 | 40 | 54,8 | 09 | 12,3 | 02 | 2,7 | 00 | 0,0 | 03 | 4,1 |
| AF | 18 | 24,7 | 43 | 58,9 | 08 | 11,0 | 01 | 1,4 | 00 | 0,0 | 03 | 4,1 |
| CR | 03 | 4,1 | 37 | 50,7 | 22 | 30,1 | 08 | 11,0 | 00 | 0,0 | 03 | 4,1 |
| DNPM | 02 | 2,7 | 29 | 39,7 | 31 | 42,5 | 08 | 11,0 | 00 | 0,0 | 03 | 4,1 |
| HPS | 14 | 19,2 | 36 | 49,3 | 16 | 21,9 | 04 | 5,5 | 00 | 0,0 | 03 | 4,1 |

Tabela 2 - Dados do final do semestre com relação ao grau de segurança dos estudantes durante a realização da anamnese (n = 52)

| | SEMPRE | | NA MAIORIA DAS VEZES | | ALGUMAS VEZES | | RARAMENTE | | NUNCA | | QUESTÃO EM BRANCO | |
|------|--------|------|----------------------|------|---------------|------|-----------|-----|-------|-----|-------------------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| ID | 40 | 76,9 | 08 | 15,4 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 04 | 7,7 |
| QP | 30 | 57,7 | 18 | 34,6 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 04 | 7,7 |
| HMA | 11 | 21,2 | 35 | 67,3 | 02 | 3,8 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 04 | 7,7 |
| IS | 16 | 30,8 | 28 | 53,8 | 04 | 7,7 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 04 | 7,7 |
| AO | 23 | 44,2 | 21 | 40,4 | 04 | 7,7 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 04 | 7,7 |
| AN | 19 | 36,5 | 26 | 50,0 | 03 | 5,8 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 04 | 7,7 |
| AA | 23 | 44,2 | 21 | 40,4 | 04 | 7,7 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 04 | 7,7 |
| AI | 23 | 44,2 | 20 | 38,5 | 05 | 9,6 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 04 | 7,7 |
| AP | 22 | 42,3 | 24 | 46,2 | 02 | 3,8 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 04 | 7,7 |
| AF | 22 | 42,3 | 23 | 44,2 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 04 | 7,7 |
| CR | 08 | 15,4 | 33 | 63,5 | 07 | 13,5 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 04 | 7,7 |
| DNPM | 09 | 17,3 | 32 | 61,5 | 07 | 13,5 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 | 04 | 7,7 |
| HPS | 14 | 26,9 | 25 | 48,1 | 08 | 15,4 | 01 | 1,9 | 00 | 0,0 | 04 | 7,7 |

Tabela 3 - Dados do início do semestre com relação ao grau de segurança dos estudantes durante a realização do exame físico (n = 73)

| | SEMPRE | | NA MAIORIA DAS VEZES | | ALGUMAS VEZES | | RARAMENTE | | NUNCA | | QUESTÃO EM BRANCO | |
|-----|--------|------|----------------------|------|---------------|------|-----------|------|-------|------|-------------------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| CC | 07 | 9,6 | 23 | 31,5 | 20 | 27,4 | 18 | 24,7 | 01 | 1,4 | 04 | 5,5 |
| SO | 05 | 6,8 | 22 | 30,1 | 31 | 42,5 | 09 | 12,3 | 03 | 4,1 | 03 | 4,1 |
| IG | 19 | 26,0 | 20 | 27,4 | 04 | 5,5 | 13 | 17,8 | 13 | 17,8 | 04 | 5,5 |
| DVA | 12 | 16,4 | 24 | 32,9 | 08 | 11,0 | 17 | 23,3 | 08 | 11,0 | 04 | 5,5 |
| PA | 13 | 17,8 | 25 | 34,2 | 09 | 12,3 | 19 | 26,0 | 03 | 4,1 | 04 | 5,5 |
| CP | 13 | 17,8 | 25 | 34,2 | 11 | 15,0 | 13 | 17,8 | 07 | 9,6 | 04 | 5,5 |
| CV | 10 | 13,7 | 17 | 23,3 | 16 | 21,9 | 21 | 28,8 | 03 | 4,1 | 06 | 8,2 |
| AC | 09 | 12,3 | 24 | 32,9 | 13 | 17,8 | 17 | 23,3 | 07 | 9,6 | 03 | 4,1 |
| AP | 10 | 13,7 | 26 | 35,6 | 12 | 16,4 | 14 | 19,2 | 08 | 11,0 | 03 | 4,1 |
| ABD | 09 | 12,3 | 28 | 38,4 | 16 | 21,9 | 13 | 17,8 | 04 | 5,5 | 03 | 4,1 |
| OG | 13 | 17,8 | 24 | 32,9 | 20 | 27,4 | 12 | 16,4 | 00 | 0,0 | 04 | 5,5 |
| ALM | 07 | 9,6 | 21 | 28,8 | 19 | 26,0 | 19 | 26,0 | 03 | 4,1 | 04 | 5,5 |
| EN | 05 | 6,8 | 17 | 23,3 | 25 | 34,2 | 18 | 24,7 | 02 | 2,7 | 06 | 8,2 |

ram aquelas em que os estudantes referiram menor grau de segurança.

A evolução dos estudantes em termos de segurança nas diferentes etapas da anamnese pode ser visualizada no Gráfico 1.

As etapas, nas quais se verificou maior aquisição de habilidades no transcórper da disciplina, considerando-se os estudantes que responderam que “sempre” ou “na maioria das vezes” estavam seguros, foram os antecedentes

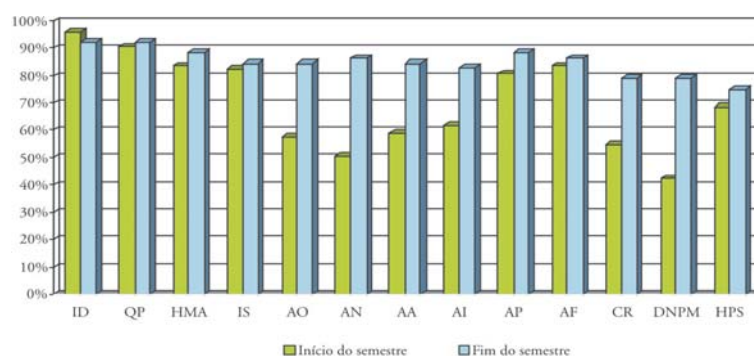


Gráfico 1: Segurança dos Estudantes na Realização das Etapas da Anamnese Pediátrica

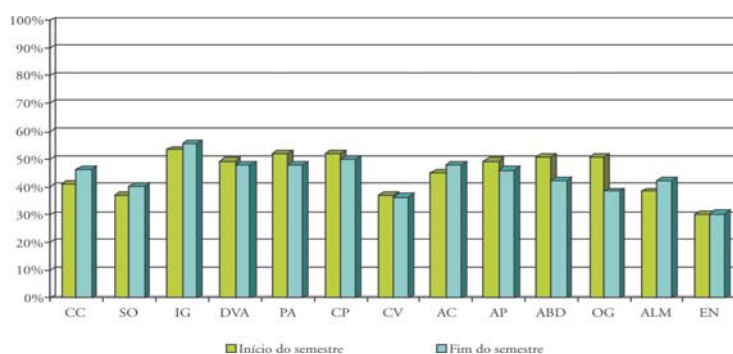


Gráfico 2: Segurança dos estudantes na realização das etapas do exame físico pediátrico

obstétricos (57,50%-84,60%), neonatais (50,70%-86,50%), alimentares (58,90%-84,60%) e imunológicos (61,60%-82,70%); com relação ao crescimento e ao desenvolvimento neuropsicomotor, também houve aquisição de habilidades (54,80%-78,90% e 42,40%-78,90%, respectivamente), quando se levou em conta não apenas aqueles que relataram sempre estarem seguros, mas também aqueles que, na maioria das vezes, estavam seguros (GRÁFICO 1). Com relação ao fato de o aluno saber identificar as situações em que se deve fazer um heredograma, obteve-se uma resposta afirmativa em 61,6% (n=45) e 80,8% (n=42) dos estudantes, respectivamente no início e no final do semestre.

No exame físico

Os estudantes também foram questionados quanto ao grau de segurança durante a realização do exame físico, de acordo com cada etapa: obter colaboração da criança (CC), superar

obstáculos impostos pela criança à realização do exame físico (SO), realizar inspeção geral (IG), obter dados vitais e antropométricos (DVA), examinar pele, fâneros, mucosas, panículo adiposo e gânglios linfáticos (PA), examinar segmento cefálico e pescoço (CP), identificar alterações no choro e na voz da criança (CV), realizar ausculta cardíaca (AC), ausculta pulmonar (AP), exame do abdômen e conseguir palpar os órgãos (ABD), realizar exames dos órgãos genitais (OG), do aparelho locomotor (ALM) e neurológico (EN).

Nas tabelas 3 e 4, pode-se verificar que não houve grande discrepância entre as etapas do exame físico pediátrico entre a primeira e a segunda aplicação do questionário, exceto por uma redução no grau de segurança no exame do abdômen (50,70%-42,30%) e no exame dos órgãos genitais (50,70%-38,50%). A evolução dos estudantes, mensurada pelo grau de segurança nas diferentes etapas do exame físico pode ser visualizada no Gráfico 2.

Tabela 4 - Dados do final do semestre com relação ao grau de segurança dos estudantes durante a realização do exame físico (n = 52)

| | SEMPRE | | NA MAIORIA DAS VEZES | | ALGUMAS VEZES | | RARAMENTE | | NUNCA | | QUESTÃO EM BRANCO | |
|-----|--------|------|----------------------|------|---------------|------|-----------|------|-------|------|-------------------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| CC | 03 | 5,8 | 21 | 40,4 | 11 | 21,2 | 14 | 26,9 | 01 | 1,9 | 02 | 3,8 |
| SO | 06 | 11,5 | 15 | 28,8 | 14 | 26,9 | 15 | 28,8 | 00 | 0,0 | 02 | 3,8 |
| IG | 10 | 19,2 | 19 | 36,5 | 01 | 1,9 | 10 | 19,2 | 10 | 19,2 | 02 | 3,8 |
| DVA | 12 | 23,1 | 13 | 25,0 | 08 | 15,4 | 13 | 25,0 | 04 | 7,7 | 02 | 3,8 |
| PA | 11 | 21,2 | 14 | 26,9 | 03 | 5,8 | 11 | 21,2 | 11 | 21,2 | 02 | 3,8 |
| CP | 12 | 23,1 | 14 | 26,9 | 02 | 3,8 | 10 | 19,2 | 12 | 23,1 | 02 | 3,8 |
| CV | 06 | 11,5 | 13 | 25,0 | 14 | 26,9 | 12 | 23,1 | 05 | 9,6 | 02 | 3,8 |
| AC | 07 | 13,5 | 18 | 34,6 | 08 | 15,4 | 13 | 25,0 | 04 | 7,7 | 02 | 3,8 |
| AP | 06 | 11,5 | 18 | 34,6 | 12 | 23,1 | 08 | 15,4 | 06 | 11,5 | 02 | 3,8 |
| ABD | 08 | 15,4 | 14 | 26,9 | 13 | 25,0 | 11 | 21,2 | 04 | 7,7 | 02 | 3,8 |
| OG | 07 | 13,5 | 13 | 25,0 | 12 | 23,1 | 17 | 32,7 | 01 | 1,9 | 02 | 3,8 |
| ALM | 09 | 17,3 | 13 | 25,0 | 09 | 17,3 | 16 | 30,8 | 03 | 5,8 | 02 | 3,8 |
| EN | 11 | 21,2 | 10 | 19,2 | 10 | 19,2 | 14 | 26,9 | 03 | 5,8 | 04 | 7,7 |

DISCUSSÃO

No segundo semestre de 2003, verificou-se uma elevação no grau de segurança dos estudantes com relação a tópicos específicos da anamnese pediátrica, tais como os antecedentes obstétricos, neonatais, alimentares e imunológicos. Também se observou menor progresso com relação aos questionamentos quanto à análise do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor.

Ressalta-se, no entanto, que poucos estudantes, no início e no final do curso, estavam “suficientemente” ou “sempre” seguros em relação à análise do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor na anamnese e na superação dos obstáculos impostos pela criança à realização do exame físico.

Quanto ao exame físico, verificou-se bom grau de segurança dos estudantes tanto no início quanto no final do semestre, exceto por uma redução no grau de segurança no exame do abdômen (palpação de órgãos) e dos órgãos genitais.

No geral, observou-se aquisição de habilidades tanto na realização da anamnese quanto do exame físico, sendo que, em alguns pontos, essa evolução foi mais significativa. Vale enfatizar que há, a essa altura do curso, insegurança na realização do exame físico da criança, havendo necessidade de aumento das horas de aulas práticas supervisionadas, pois só a repetição continuada sob orientação fornecerá aos estudantes a segurança e o aprendizado necessários.

CONCLUSÃO

Observa-se, portanto, a necessidade de ampliar o acesso ao conhecimento no curso de Semiologia, no que se refere às peculiaridades pediátricas nas suas diversas faixas etárias. Adicionalmente, seria importante aumentar a exposição dos estudantes às consultas pediátricas no curso prático da disciplina de Pediatria, em âmbito ambulatorial, sobretudo, com exercícios de formulação diagnóstica constante, além de ampliar a carga horária dessa disciplina antes do período do internato e residência.

Pediatric clinical examination: acquired abilities during the course of Social Preventive Pediatrics, FAMEB-UFBa

Abstract

This study analyzes the main difficulties and the acquired skills of the medical students in the ambulatorial practice of Social Preventive Pediatrics Discipline, from the College of Medicine of Bahia -

Federal University of Bahia - in their first contact with the pediatric clinic. The students were inquired about their main difficulties at the beginning and at the end of the discipline, through a questionnaire, with the objective of identifying the acquired skills and the most hardly surpassed difficulties. This practical activity is characterized by the ambulatorial primary attendance, in which the pediatric consultation is performed, emphasizing a detailed interview and a complete physical examination, besides the peculiarities of each pediatric age group. As to the interview, the students demonstrated to be less secure on the analysis of growth and neuropsychomotor development; whereas on physical examination, a reduced self-confidence has been noted on abdominal and genital examination. A clear acquisition of skills was noted in the performance of the interview as well as of the physical examination, although in some variables this evolution was more evident.

Keywords: Pediatrics - Education and learning Medical pedagogy.

REFERÊNCIAS

- 1 EDLER, Flávio; FONSECA, Maria Rachel Fróes da. Tendências da educação médica nas décadas de 1950-1960. *R. Digit. Educ. Perm. Saúde*, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.12-13, set. 2004.
- 2 CELESTE, Tânia. Educação permanente: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho. *Cad.ABEM: Assoc. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v.1, p.26-27, maio 2004.
- 3 RIBEIRO, Mário Sérgio. Medicina, ciência e ética: filosofar é preciso? *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.156-163, maio/ago. 2004.
- 4 BULCÃO, Lúcia Grando. O ensino médico e os novos cenários de ensino-aprendizagem. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.61-72, jan./abr. 2004.
- 5 GONÇALVES, Maria Bernadete; BELLINI, Luzia Marta. Avaliação do ensino no curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá: uma análise preliminar. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.47-54, jan./abr. 2002.
- 6 KOMATSU, Ricardo Shoiti. Educação médica: responsabilidade de quem? Em busca dos sujeitos da Educação do novo século. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.71, jan./abr. 2002.
- 7 TRONCON, Luiz Ernesto de Almeida et al. Avaliação de uma reestruturação curricular na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: influência sobre o desempenho dos graduandos. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.145-155, maio/ago. 2004.

Recebido em / **Received:** 06/12/06
Aceito em / **Accepted:** 04/04/2007