

Indicadores de Avaliação do Cuidado Individual: Subsídios para a Formação Médica Orientada por Competência

Evaluative Indicators of Individual Care: Subsidies for Competence-Guided Medical Training

Sílvia Franco da Rocha Tonhom¹

Elza de Fátima Ribeiro Higa¹

Osni Lázaro Pinheiro¹

Maria de Lourdes Marmorato Botta Hafner¹

Haydée Maria Moreira¹

Elane de Fátima Taipeiro¹

Ana Paula Ceolotto Guimarães do Amaral¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Avaliação;
- Indicadores.

KEYWORDS

- Medical Education;
- Evaluation;
- Indicators.

RESUMO

No processo de formação dos profissionais da área da saúde, as DCN orientam a organização de um modelo curricular pautado no desenvolvimento de competência profissional. Foi realizado um estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de conferência de consenso, com o objetivo de elaborar indicadores para avaliar o processo de ensino-aprendizagem na área de cuidado individual. Uma matriz foi organizada com base nos desempenhos contidos nos manuais de cada série e formatos de avaliação. Em seguida, os avaliadores analisaram esta matriz e a discutiram na conferência de consenso, para a consolidação dos indicadores. A análise dos resultados permitiu olhar para as ações desenvolvidas no curso a partir da compreensão de que, durante essas atividades, os estudantes têm a oportunidade de realizar o cuidado na perspectiva da integralidade, como preconizado no Sistema Único de Saúde e nas DCN. Dessa maneira, foram construídos indicadores relacionados a história clínica, exame físico e raciocínio clínico para o monitoramento do processo de ensino-aprendizagem. No contexto do currículo orientado por competência, esses indicadores podem nortear o processo de planejamento educacional, bem como permitir a participação ativa e a corresponsabilidade dos envolvidos para o alcance de uma aprendizagem significativa, que permita ao futuro profissional a realização de um cuidado qualificado em saúde.

ABSTRACT

The National Curriculum Guidelines (NCG) recommend a professional competence-based curricular model for health care undergraduate education. A descriptive study with a qualitative approach was conducted through the use of a consensus conference to develop evaluative indicators of the teaching and learning process in the area of individual care. A matrix was organized based on performances obtained from manuals of each year of study and formats of evaluation. The evaluators then analyzed the matrix and discussed it in the consensus conference in order to consolidate the indicators. The analyzed results allowed the activities of the course to be considered based on the understanding that these actions offer students the opportunity to fulfill the comprehensive health care as recommended by the NCG and the Unified Health System. Therefore indicators were constructed related to clinical history, physical examination and clinical reasoning for monitoring the teaching and learning process. In the context of a competence-guided curriculum, these indicators can guide the educational planning, as well as enable active participation and co-responsibility of those involved in order to achieve meaningful learning that will allow the future professional to ensure qualified health care.

Recebido em: 31/07/2013

Reencaminhado em: 26/02/2014

Aprovado em: 10/06/2014

INTRODUÇÃO

O processo de ensino-aprendizagem nas diversas áreas do conhecimento tem sofrido transformações principalmente com o objetivo de alterar o papel do educador e do educando, para substituir a transmissão unidirecional do conhecimento por um modelo que privilegie a construção dos saberes. Na área médica, essa necessidade de mudanças se torna ainda mais evidente, considerando-se que, ainda hoje, o ensino tem como alicerce os modelos tradicionais, baseados em conteúdos teóricos, enquanto a realidade médica exige dinamismo e desenvoltura na prática profissional¹.

O grande desafio deste início de século está na perspectiva de desenvolver a autonomia individual em íntima coação com o coletivo. Para isto, o ensino deve estar voltado para uma visão mais global, com foco na transdisciplinaridade, possibilitando a construção de redes de mudanças sociais. Nesta lógica, existe uma tendência à busca de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, com a utilização dos princípios de ação-reflexão-ação².

Em outubro de 2001, foram instituídas, no cenário educacional, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina³, as quais não constituem regras fechadas e definitivas da organização curricular, mas orientam aspectos desejáveis a considerar no momento da reformulação do projeto político pedagógico. Neste sentido, a aprovação das DCN dos cursos da área da saúde em geral, e especificamente dos cursos de graduação em Medicina, pode ser considerada como resultado de uma importante mobilização dos educadores da área da saúde no País e entendida como reflexo das tendências internacionais, que propõem inovações na formação de seus profissionais³.

Uma dessas inovações no processo de formação dos profissionais da área da saúde e que tem sido bastante discutida diz respeito à organização de um modelo curricular pautado no desenvolvimento de competência profissional. Esse modelo entrou em destaque na década de 1950 nos Estados Unidos, quando ainda existia uma ávida competição entre as potências em diversos setores, com conseqüente reflexo na área educacional⁴. No Brasil, a partir da década de 1960, o movimento da reforma sanitária e posteriormente a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) fomentaram as necessidades de transformações no mundo do trabalho e no mundo da formação, o que impulsionou mudanças curriculares norteadas por competência⁵.

O conceito de competência apresenta um caráter polisêmico, sendo utilizado por diferentes agentes, com diversos interesses e em variadas situações. De forma geral, a palavra "competência" tem sido utilizada para designar capacidade,

saber, aptidão, atributo, habilidade ou conjunto de habilidades e especificidades, articulados com mobilização de recursos para resolução da tarefa⁶⁻⁸.

O ensino pautado no desenvolvimento de competência apresenta algumas características especiais que o distinguem do currículo tradicional.

Assim como as DCN trazem elementos que servirão para indicar o perfil desejado do egresso de um curso da área da saúde, apontando inclusive as competências e habilidades desejadas para este profissional, a instituição de ensino deve descrever na sua organização curricular os desempenhos que deverão ser trabalhados e avaliados para o alcance dessas competências. Desta forma, a instituição, ao passar de um currículo organizado por conteúdos disciplinares para um modelo de organização por competência, deve deixar claros os indicadores que irão direcionar o alcance da competência em cada série.

A definição do termo "indicador", do ponto de vista científico, varia pouco de um autor para outro. Em geral, os pesquisadores consideram que os indicadores constituem parâmetros quantitativos e qualitativos que servem para detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo bem conduzidos (avaliação de processo) ou foram alcançados (avaliação de resultados). Como uma espécie de sinalizadores, a maioria dos indicadores dá ênfase ao sentido de medida e balizamento de processos de construção da realidade ou de elaboração de investigações avaliativas⁹.

Na área educacional, este termo reveste-se de especial importância por nortear os estudantes em termos de cumprimento de objetivos e, no caso de currículos organizados para o desenvolvimento da competência profissional, em termos de realização de tarefas e cumprimento dos desempenhos. Em vista disso, é necessário que os indicadores sejam especificados, normalizados, produzidos com regularidade, decididos por consenso de grupos e instituições, e disponibilizados publicamente⁹.

Retomando a concepção do currículo organizado para o desenvolvimento de competência profissional, convém ressaltar que a elaboração dos indicadores de avaliação do processo de ensino-aprendizagem poderá auxiliar os professores no planejamento, na organização das séries e na realização das avaliações. Os estudantes também poderão se beneficiar desse conhecimento para identificação da terminalidade das séries e conhecimento da forma de preparação das avaliações a que são submetidos.

Como mencionado, é importante que os indicadores sejam construídos de maneira coletiva e se tornem públicos para todos os interessados, o que, no caso de uma instituição de ensino superior, envolve toda a comunidade acadêmica.

O curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília (Famema) tem seu currículo orientado para o desenvolvimento de competência profissional pautada no modelo de vigilância à saúde, organizado em quatro áreas de conhecimento: cuidado das necessidades individuais em todas as fases do ciclo de vida; cuidado das necessidades coletivas em saúde; organização e gestão de trabalho em saúde; iniciação científica.

Frente ao exposto, esta pesquisa tem por objetivo elaborar indicadores para avaliar o processo de ensino-aprendizagem na área do cuidado individual do curso de Medicina da Famema.

Trajatória Metodológica

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida por meio da Conferência de Consenso, que promove discussão densa e apresentação de evidências sob diferentes pontos de vista¹⁰. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Famema sob o protocolo 791/10.

Foram selecionados, por meio de uma amostra de conveniência, seis especialistas que participaram das discussões em busca de consenso. Esses profissionais possuem *expertise* em currículos de cursos com metodologias ativas e/ou têm vivência no acompanhamento da prática de estudantes da Famema em diversos cenários. O trabalho foi desenvolvido em quatro fases: análise documental dos manuais de cada série e dos formatos de avaliação; construção de matriz para apreciação dos avaliadores; realização da conferência de consenso para consolidação das avaliações; elaboração de nova matriz de indicadores de avaliação e organização dos indicadores escolhidos por consenso¹¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A conferência de consenso permitiu examinar as ações desenvolvidas no curso a fim de elaborar seus indicadores de avaliação. Deste modo, eles foram estruturados por meio do entendimento dos participantes sobre o monitoramento do processo de ensino-aprendizagem, contemplando e ancorando os desempenhos esperados nos instrumentos de avaliação de cada série. A área de Vigilância à Saúde contempla o Cuidado das Necessidades Individuais, relacionando história clínica e exame físico (Quadro 1) e raciocínio clínico (Quadro 2).

A discussão de consenso conduziu à reelaboração de indicadores de avaliação da história clínica e exame físico, levando em consideração a clareza sobre o entendimento dos indicadores e a identificação de redundâncias e sobreposições (Quadro 1).

QUADRO 1

Indicadores de avaliação na área de Cuidados das Necessidades Individuais: História Clínica e Exame Físico

Ação

Desempenho

Indicadores de avaliação do desempenho

História clínica

No atendimento e/ou no relato:

1. Apresenta-se de forma clara, obtém o consentimento da pessoa ou responsável e assegura o sigilo.
2. Apresenta expressão corporal (postura, higiene e vestimenta), postura empática e atitudes (ética, respeitosa e sem preconceitos) adequadas à situação vivenciada, segundo o código de ética profissional e dos direitos do paciente.
3. Aplica princípios de biossegurança segundo protocolo da Anvisa, respeitando as Normas de Regulamentação vigentes (NR-32).
4. Identifica situações que impeçam a realização da história clínica e realiza ações pertinentes de acordo com o grau de autonomia do estudante.
5. Realiza entrevista com ritmo adequado ao tempo disponível.
6. Define um eixo para a entrevista, seguindo uma lógica de investigação, caracterizando e organizando cronologicamente sinais e sintomas referidos e ou percebidos e articula-os com o estilo de vida do indivíduo.
7. Identifica, percebe e correlaciona aspectos socioeconômicos e culturais da pessoa, contextualizando-os nos cenários.
8. Utiliza e considera a comunicação verbal e não verbal.
9. Investiga a presença de sinais/sintomas específicos relacionados aos diversos aparelhos/sistemas do corpo humano.
10. Identifica a necessidade de utilizar as ferramentas das tecnologias leve, leve-dura e dura de acordo com a situação apresentada.
11. Registra a informação de forma clara e legível, organizada e articulada nos documentos pertinentes.

No atendimento e/ou no relato:

1. Obtém o consentimento para proceder ao exame físico e orienta sobre os procedimentos a serem realizados.

Exame físico

2. Adota medidas ergonômicas e de biossegurança, considerando as Normas de Regulamentação vigentes (NR-32 e da Anvisa).
3. Demonstra destreza e técnica adequada no exame mental/clínico, considerando a autonomia e domínio por série.
4. Identifica as fases de desenvolvimento físico e mental da pessoa.
5. Realiza o exame físico geral e específico da pessoa nas diferentes fases do ciclo de vida, de acordo com o grau de autonomia e domínio do estudante.
6. Encaminha alternativas diante das dificuldades encontradas na realização do exame.

QUADRO 2

Indicadores de avaliação na área de cuidados das necessidades individuais: raciocínio clínico

Ação

Desempenho

Indicadores de avaliação do desempenho

Raciocínio clínico

1. Organiza e articula os dados obtidos na história e em exames clínicos, visando à formulação dos problemas da pessoa, segundo as necessidades de saúde (NS) referidas e/ou percebidas, de acordo com o contexto e as condições de vida, determinados pelos aspectos biopsicossociais, considerando o grau de autonomia e domínio do estudante de cada série.
2. Elabora questões de aprendizagem que contemplam aspectos biológicos, psicológicos e sociais e da gestão do cuidado.
3. Discute estratégias de busca de informações e analisa criticamente as fontes para o embasamento teórico-científico e da prática.
4. Integra os conhecimentos das disciplinas básicas e clínicas para compreensão da homeostase e dos mecanismos fisiopatológicos.
5. Conhece as opções terapêuticas disponíveis para as patologias identificadas, compreendendo os mecanismos de ação e efeitos adversos sempre que houver abordagem terapêutica.
6. Elabora diagnóstico com raciocínio clínico epidemiológico e psicossocial do processo saúde-doença, considerando o grau de autonomia e domínio do estudante.
7. Identifica e utiliza, de modo racional e ético, os recursos disponíveis para a compreensão dos problemas identificados nos cenários.
8. Compartilha com o paciente suas percepções clínicas e a investigação necessária ao atendimento das NS, de forma ética, empática e compreensível à pessoa/acompanhante, de acordo com o grau de autonomia e domínio para cada série.
9. Reconhece o grau de risco do paciente, considerando a autonomia do estudante e o domínio para cada série.

Esses indicadores expressam a importância de desenvolver a identidade profissional com embasamento teórico nos códigos de ética, nos direitos do paciente e na biossegurança, nos quais estão implícitos os aspectos de relacionamento do profissional com o paciente que possibilitam a empatia e o vínculo em busca da integração básico-clínica e da teoria com a prática na formação médica¹². Essas dimensões envolvem qualidades humanas que preservam o sentido da história clínica e do exame físico no cuidado e na relação do médico com a pessoa, que, segundo Dichi e Dichi¹³, vem sendo subestimada na formação médica devido ao deslumbramento tecnológico e à supervalorização das teorias que promovem o desenvolvimento intelectual humano.

Em relação ao eixo que a entrevista deve seguir, a discussão considerou fundamental a organização e a objetividade de acordo com o grau de autonomia e domínio que se desenvolve com a progressão da aprendizagem. A entrevista clínica reveste-se de grande importância, como aponta Nascimento¹⁴, e o espaço de relação entre o profissional de saúde e o usuário passa a ser fundamental para o êxito das ações de saúde desenvolvidas. Pedroso¹⁵ também alerta para a valorização do sintoma referido na entrevista médica como aliado da hipótese diagnóstica. Ayres¹⁶ descreve o momento da interação como uma relação interpessoal, com diferentes valores, para a construção conjunta do projeto de intervenção sobre a saúde. Além disso, esse momento busca também resgatar a importância da habilidade de comunicação preconizada nas diretrizes curriculares para o curso médico e que, segundo Rossi e Batista¹⁷, contribui para a realização da história clínica e a relação médico-paciente, fundamentais ao tratamento.

Ayres¹⁶ aponta ainda que o momento da interação entre sujeitos contribui para o respeito aos seus valores e para a construção conjunta do plano de cuidados sobre a saúde da pessoa. Merhy¹⁸, ao descrever os três tipos de tecnologias necessárias à prática médica – tecnologia dura, leve-dura e leve –, destaca a importância da tecnologia leve, que se localiza no espaço relacional trabalhador-usuário, implicada com a produção das relações entre dois sujeitos no ato do cuidado. Assim, a interação médico-paciente é atualmente entendida como atividade fundamental do trabalho médico e que necessita de tecnologias específicas devido a sua alta complexidade.

A respeito da interação entre médico e paciente, outros estudos também apontam a comunicação e a empatia como instrumentos importantes. Com relação ao processo comunicativo, Brown¹⁹ parte do pressuposto de que a habilidade de comunicação durante a consulta médica está ligada diretamente ao êxito dos resultados tanto para os médicos quanto para os pacientes. Portanto, deve ser adequada ao contexto vivenciado e melhorada continuamente, uma vez que pode ser ensinada. Já a empatia aparece como uma estratégia que contribui para a autonomia do paciente na dinâmica de seu tratamento²⁰.

Quanto aos indicadores de avaliação, específicos do exame físico, a conferência de consenso apontou também a importância da destreza manual e técnica, bem como a autonomia e o domínio de conhecimento do estudante por série, adequados à realização dos exames físico e mental nas diferentes fases de desenvolvimento da pessoa.

Os indicadores de avaliação do desempenho do raciocínio clínico definidos pela conferência de consenso estão organizados no Quadro 2.

Foram escolhidos por consenso nove indicadores que apontam a importância do cuidado na perspectiva da integralidade e da integração entre teoria e prática, respeitando os graus de domínio do estudante em cada série do curso.

O avanço das ciências cognitivas que representam o estudo da mente e da inteligência humana, a partir dos estudos de Vygotsky²¹, aponta o desenvolvimento dos processos mentais superiores – pensamento, linguagem, comportamento volitivo, atenção consciente, memória voluntária, etc. – como subsídios para a elaboração do raciocínio lógico, que é a base do raciocínio clínico, essencial nas atividades dos profissionais da área da saúde, ampliando as possibilidades diagnósticas, terapêuticas e de avaliação dos resultados obtidos. O raciocínio clínico é um processo cognitivo que faz parte da atividade mental do médico, que, com base nos sinais e sintomas apresentados na história clínica e exame físico, busca as causas que determinam o diagnóstico^{22,23}. Trata-se de um processo interacional que estabelece uma relação direta entre a eficiência do atendimento médico e a análise e síntese adequadas das informações obtidas.

Para melhoria na tomada de decisões sobre o diagnóstico e a terapêutica, é necessário realizar uma boa entrevista, que permita obter dados essenciais ao cuidado. Embora a eficácia do atendimento médico dependa de uma série de fatores – como humanização, ética, competência técnica e cognitiva, comunicação e vínculo –, a falta de habilidade do profissional no estabelecimento do raciocínio clínico poderá comprometer a qualidade da assistência prestada e do resultado final¹⁵.

Para que o raciocínio clínico seja uma prática na rotina do médico, são necessários investimentos no processo de formação destes profissionais, tendo em vista que o estudante de Medicina pode se distanciar do método clínico ao deixar de dar contexto ao seu conhecimento, tornando-se cada vez menos capaz de entrevistar um paciente¹⁵. Esse distanciamento propicia demora do raciocínio clínico e demanda maior esforço e custo antes que informações relevantes possam ser coletadas para resolver o problema.

Para a elaboração do raciocínio clínico, o pensamento crítico envolve importantes habilidades do profissional de saúde. Dentre elas, destacam-se a reflexão sobre valores pessoais e profissionais, relacionamento com o paciente, valorização da equipe de trabalho, reflexão sobre o próprio pensamento, avaliação da credibilidade das evidências, reconhecimento e aceitação do conhecimento intuitivo²⁴.

CONCLUSÃO

A vivência propiciada pela conferência de consenso permitiu visitar os processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos em cada série, possibilitou a compreensão da formação médi-

ca e fomentou o aprofundamento da proposta avaliativa, critério referenciado e instituído na Famema.

Desse movimento resultou a elaboração dos indicadores para avaliar o processo de ensino-aprendizagem na área do cuidado individual. A construção desses indicadores contemplou os desempenhos de realização da história clínica, exame físico e raciocínio clínico, a partir da compreensão de que, no desenvolvimento dessas atividades, é dada a oportunidade aos estudantes de realizar o cuidado na perspectiva da integralidade, como preconizado no SUS e nas DCN.

No contexto de um currículo orientado por competência, os indicadores devem ser considerados de grande importância, pois nortearão o processo de planejamento e de organização das séries, bem como a articulação das avaliações. Eles também permitem a participação ativa e a corresponsabilidade de todos os envolvidos para o alcance de uma aprendizagem significativa, oferecendo ao futuro profissional a realização de um cuidado qualificado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Nedy MBCN, Neves FBCS, Bitencourt AGV. O Ensino Médico no Brasil: Origens e Transformações. *Gaz méd. Bahia* 2005; 75(2):162-168.
2. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girard-de Mendonça JM, Moraes-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto Porto C, Moreira T, Hofmann LMA. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(Sup 2):2133-2144.
3. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº. 1133 de 7 agosto de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 3 out. 2001. [acesso em 12 fev. 2009]. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/Sesu/diretriz.shtm#legislação>>.
4. Albino JEN, Young SK, Neumann LM, Kramer GA, Andrieu SC, Henson L, Horn B, Hendricson W. Assessing Dental Students' Competence: Best Practice recommendations in the Performance Assessment Literature and investigation of Current Practices in Predoctoral Dental Education. *Journal of Dental Education* 2008; 72(12):1405-35.
5. Francisco AM, Tonhom SFR. O currículo na formação do profissional em saúde. In: Moraes MAA, Tonhom SFR, Hafner MLMB, Gomes, R. Avaliação nos cursos de medicina e enfermagem: perspectivas e desafios. Curitiba: CRV; 2012.
6. Hamamoto CG, Pinheiro OL, Almeida Filho OM. Avaliação do desempenho do estudante/futuro profissional.

- In: Moraes MAA, Tonhom SFR, Hafner MLMB, Gomes, R. Avaliação nos cursos de medicina e enfermagem: perspectivas e desafios. Curitiba: CRV; 2012.
7. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
 8. Moretto PV. Prova: um momento privilegiado de estudo, não um acerto de contas. 2.ed. Rio de Janeiro: Lamparina; 2007.
 9. Minayo MCS. Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças. Rev Bras Educ Med. 2009;(1 Supl. 1):83-91.
 10. Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde. 3.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
 11. Higa EFR, Hafner MLMB, Tonhom SFR, Taieiro EA, Moreira HM, Guimarães APC, Pinheiro OL. Indicadores de avaliação em gestão e saúde coletiva na formação médica. Rev. bras. educ. med. [online] 2013;37(1):52-59.
 12. Nunes SOV, Vargas HO, Liboni M, Neto DM, Vargas LHM, Turini B. O ensino de psiquiatria, habilidades de comunicação e atitudes no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. Rev. bras. educ. med. 2008; 32(2): 210 – 216.
 13. Dichi JB, Dichi I. Agonia da história clínica e suas consequências para o ensino médico. Rev Bras Educ Med. [online]. 2006; 30(2):93-97.
 14. Nascimento CR. O futuro cuidador: perspectivas e dilemas. Rev. Bioética. 2006; 14 (2):153-7.
 15. Pedroso JL. A importância do raciocínio clínico e do diagnóstico diferencial: uma abordagem em atenção primária para dor na perna. Revista APS 2005;8(2):199-206.
 16. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciên. Saude Colet. 2001; 6(1):63-72.
 17. Rossi PS, Batista NA. O ensino na comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. Interface 2006; 10(19):94-102.
 18. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Interface 2000; 6:109-16.
 19. Brown F, Bylund CL. Communication skills training: describing a new conceptual Model Acad Med. 2008;83:37-44.
 20. Di Blasi Z, Kleijnen J. Context effects: powerful therapies or methodological bias? Eval. Health Prof. 2003;26(2):166-79.
 21. Vigotsky LS. A formação Social da Mente. São Paulo: Martins Fontes; 1984.
 22. Lopez M. Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico. 4.ed. Revinter; 2001.
 23. Porto CC. Semiologia médica. 4.ed. [s.l.]: Guanabara Koogan; 2001.
 24. Cerullo JASB, Cruz DALM. Raciocínio clínico e pensamento crítico. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2010;18(1).

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Os autores são membros do Grupo de Avaliação Institucional e participaram igualmente de todas as fases da pesquisa.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sílvia Franco da Rocha Tonhom
Avenida José de Grande, 332
Jardim Parati – Marília
CEP- 17519-470 – SP
E-mail: siltonhom@gmail.com