

Análise das Situações Simuladas da Prática Médica

Review of the Situations on Practice Simulation in Medicine

Roseli Ferreira da Silva¹
Aline Guerra Aquilante¹
Sílvio Helena Zem-Mascarenhas¹
Renata Giannecchini Bongiovanni Kishi¹
Cássia Regina Rodrigues Varga¹

RESUMO

Considerando a importância das atividades curriculares para a formação médica, este estudo teve como objetivo identificar e refletir acerca da construção das situações utilizadas na atividade curricular Estações de Simulação (ES) pela primeira turma do curso médico da Universidade Federal de São Carlos/SP, no período de 2006 a 2009. Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo, sendo analisadas 57 situações de estações de simulação e suas ementas. Os resultados revelaram um predomínio de estações na área de Saúde do Adulto e Idoso e Saúde da Família e Comunidade. Outras variáveis foram analisadas, como idade, gênero, fases do processo saúde-doença, cenário de atenção à saúde, áreas do conhecimento, entre outras. Foi possível identificar que se faz necessária uma readequação das ES do curso médico da UFSCar, elaboradas entre os anos 2006 a 2009. Este estudo contribuiu com a formulação de variáveis e critérios que devem contribuir com a construção das ES, para que estas possam representar o melhor possível a realidade da prática profissional.

ABSTRACT

Considering the importance of curricular activities for medical training, this study has aimed to identify and reflect on the construction of the situations used in the Simulation Stations (SS) activity in the first class of medical school at Federal University of Sao Carlos/SP from 2006 to 2009. This is a descriptive case study, where 57 simulations and their program have been analyzed. The results have shown a predominance of stations in the area of Adult and Elderly Health and Community and Family Health. Other variables have been analyzed such as age, gender, stages of illness and health, the health care setting, areas of knowledge and others. It has been identified that the SS of the medical course at UFSCar elaborated between the years 2006 and 2009 should be better structured. This study has contributed to the formulation of some criteria and variables that should be contained in the construction of the SS, so that they may represent the best of the reality of medical practice.

PALAVRAS-CHAVE:

- Currículo;
- Educação Médica;
- Avaliação.

KEYWORDS:

- Curriculum;
- Medical Education;
- Evaluation.

Recebido em: 16/05/2011

Aprovado em: 07/04/2012

SIMULAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Desde as décadas de 1970 e 1980, muita atenção tem sido dada ao desenvolvimento e avaliação de competências profissionais em diversas especialidades médicas¹. Todavia, somente após a introdução dos pacientes simulados, há 40 anos, foi possível a avaliação do desempenho dos profissionais médicos a partir de critérios objetivos, estruturados e padronizados². Essa introdução potencializou o ensino por meio de simulações na educação médica, pois os pacientes simulados constituem uma estratégia pedagógica que auxilia também no desenvolvimento da comunicação, do procedimento clínico e ainda permite ao estudante a análise de seu desempenho^{3,4}.

A incorporação das simulações nos cenários de ensino-aprendizagem possibilitou que diversos modelos fossem criados pelas escolas, e várias nuances dessa ferramenta estão sendo desenvolvidas e utilizadas nos diferentes contextos do ensino médico^{5,6,7}.

Embora estruturada em cada instituição educacional de diferentes formas, a simulação tem se estabelecido, tanto na graduação como na pós-graduação *lato sensu*, como um instrumento que assegura certo grau de autonomia ao estudante por meio de um ambiente controlado e seguro. Também promove oportunidades práticas que favorecem a aquisição de habilidades psicomotoras e psicológicas. Somado a esses aspectos, essa ferramenta permite a combinação deliberada de práticas gerais e específicas, com a oportunidade de *feedback*, e promove generalizações efetivas das situações simuladas no processo de ensino-aprendizagem dos cursos para os cenários reais, despertando no aluno o senso de autoavaliação e autorreflexão de sua eficácia^{8,9}.

Nas esferas nacionais e internacionais, a adesão a essa estratégia se sustenta pelo pressuposto de que o conhecimento se constrói a partir dos significados e significantes das relações socioculturais e da própria ação humana^{10,11,12,13}. Além disso, o uso de simulações possibilita a construção de novos saberes relativos aos processos de cuidado das pessoas, a partir da própria vivência, proporcionando assim aos estudantes o desenvolvimento de capacidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais para identificação de necessidades de saúde e elaboração de planos de cuidados individuais¹⁴.

Por essa razão, na atividade de Estação de Simulação da Prática Profissional (Esp), desenvolvida na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), o conhecimento é construído a partir de situações simuladas relevantes à realidade da prática médica, organizadas para serem desenvolvidas no ambiente protegido e estruturado das simulações. Nessas atividades, o professor, no papel de facilitador da aprendizagem, avalia o desempenho dos estudantes possibilitando que estes tenham

a oportunidade de desenvolver habilidades clínicas, de comunicação, o manejo de recursos e o relacionamento interpessoal médico-paciente. Permite também desenvolver destrezas para resolver problemas, analisar e sintetizar as informações obtidas, antes do emprego destas com pacientes reais^{15,16}.

Todavia, para que haja efetividade na utilização desse recurso pedagógico, é necessário um planejamento cuidadoso, recursos financeiros e a capacitação periódica dos professores e pacientes simulados/atores⁴.

O Planejamento das Esp na UFSCar

No planejamento das estações de simulação, os professores selecionam os conteúdos — cognitivos, psicomotor, atitudinais — com base no que está previsto para cada ciclo do currículo no Projeto Pedagógico. Esses conteúdos são ordenados numa matriz de intencionalidade, que orienta a construção da situação que será trabalhada em cada uma das ES da série. Assim, a matriz contém os objetivos e o foco da aprendizagem em cada uma das áreas de competência estabelecidas para o curso.

A partir desse delineamento, é elaborado o caso da estação simulada, redigido de forma clara para cada uma das situações, contendo o contexto, a ementa, o papel a ser interpretado pelo paciente/ator e a tarefa do estudante. Cada caso apresenta o maior número possível de informações sobre a história da família e da vida da pessoa.

O contexto de cuidado em saúde da ES deve coincidir com o próprio cenário no qual o estudante está inserido para o desenvolvimento das atividades da Unidade Educacional da Prática Profissional (Uepp). Nos dois primeiros anos do curso, ou seja, no primeiro ciclo, os cenários de aprendizagem da Uepp são as Unidades de Saúde da Família (USF). No segundo ciclo (terceira e quarta séries), além das USF, os estudantes desenvolvem atividades nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas áreas de Saúde da Mulher, Criança e Adulto. Assim, a atividade curricular de ES segue a mesma lógica e ordem dos cenários da Uepp, preparando os estudantes a exercerem as atividades na prática, em contexto real.

O Processo Pedagógico das Esp na UFSCar

As atividades das Esp são divididas em dois momentos: simulação e acompanhamento. No momento de simulação, um estudante realiza histórico, exame físico e elabora um plano de cuidados, sendo observado pelo professor e por outro estudante. Após a simulação, o paciente/ator revela seus sentimentos acerca da atuação do estudante e deixa o ambiente. Em seguida, o próprio estudante inicia o processo de autoavaliação, fazendo considerações sobre seu próprio desempenho. Nesse instante, o estudante apresenta uma síntese da situa-

ção e quais foram as necessidades de saúde que identificou. A partir disso, o professor explora as fundamentações implícitas e/ou explícitas nas ações executadas, instigando-o a analisar o que desenvolveu e o que poderia ter desenvolvido nas dimensões cognitiva, atitudinal e psicomotora. Nessa reflexão, o estudante expõe seu conhecimento prévio e respectivas fundamentações teóricas⁴. Após esses passos, o estudante-observador apresenta sua avaliação do colega e, depois, o professor apresenta seu *feedback* ao estudante-observado, ou seja, sua avaliação formativa. Vale destacar que o objetivo do professor, durante a exploração da fundamentação, é compreender as dimensões dos conhecimentos prévios que apoiam o desempenho do estudante¹⁷.

Como produto da simulação, o estudante redige e arquiva no seu portfólio a história clínica, o exame físico, as necessidades de saúde e o plano de cuidados. Esse material é utilizado como disparador no momento do acompanhamento. Nesse segundo momento, os estudantes trabalham em pequenos grupos de aprendizagem, contendo de 4 a 8 estudantes, e realizam o movimento de síntese provisória e de nova síntese, tal como o pequeno grupo da *aprendizagem baseada em problemas* (ABP).

Na síntese provisória, o professor, no papel de facilitador, ajuda os estudantes a refletir sobre as histórias clínicas e desdobramentos das simulações realizadas. Essa reflexão tem como meta a conscientização dos hiatos e fronteiras de conhecimento, resultando primeiro na formulação das hipóteses que fundamentaram a discussão e, posteriormente, na construção de questões de aprendizagem que expressam as necessidades educacionais.

Na nova síntese, os estudantes trazem as sínteses individuais das questões de aprendizagem, fundamentadas na literatura científica. Nessa oportunidade, algumas habilidades psicomotoras, como técnicas de exame físico, são exercitadas pelos estudantes, tendo o professor, além do papel de facilitador, o de consultor, para redimensionar as deficiências apresentadas.

Todo o processo de aprendizagem de cada estação de simulação, desde a simulação até a finalização do acompanhamento, tem duração aproximada de quatro semanas. O ambiente protegido da Esp, tanto para o paciente/ator quanto para o estudante, abre espaço para que este aprenda fazendo, errando e construindo o conhecimento com os próprios erros. Ao refletir sobre o erro, é possível construir seu aprendizado por meio da identificação de lacunas em seu conhecimento e fundamentar cognitivamente suas habilidades⁴.

Esta investigação teve o propósito de evidenciar os princípios e os componentes empregados para formulação de situações simuladas da prática profissional no contexto da formação médica.

METODOLOGIA

Campo do Estudo

O currículo do curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) é orientado por competência, de modo a promover e acompanhar o desenvolvimento da prática profissional médica. O currículo é integrado, pois propicia a articulação das dimensões teórica e prática, clínica e epidemiológica das diferentes disciplinas e da aprendizagem com o mundo do trabalho. São utilizadas metodologias ativas, tais como: a *aprendizagem baseada em problemas* (ABP) e *aprendizagem baseada na prática*¹⁴.

As áreas de competência para a atuação médica do egresso do curso de medicina da UFSCar são: 1) Saúde, com as subáreas: cuidado às necessidades individuais de saúde e cuidado às necessidades coletivas de saúde; 2) Gestão, com as subáreas: organização do trabalho em saúde e gestão do cuidado; 3) Educação.

O curso está estruturado em três ciclos educacionais. Cada ciclo é organizado por três Unidades Educacionais: Unidade Educacional de Simulação da Prática Profissional; Unidade Educacional de Prática Profissional; e Unidade Educacional Eletiva.

Na Unidade Educacional de Prática Profissional (Uepp), o confronto direto com a realidade é o elemento disparador do processo de ensino-aprendizagem. Nesse sentido, é desenvolvida em cenários reais e focaliza o desenvolvimento contextualizado da prática profissional. Esta é desenvolvida durante todo o curso, ampliando o domínio e autonomia na realização dos desempenhos focalizados em cada ano letivo e ciclo.

Na Unidade Educacional Eletiva (UEE), formada por atividades complementares desenvolvidas em períodos preestabelecidos na grade curricular, o estudante — com o apoio de um professor-orientador e aprovação do Conselho de Coordenação — elabora seu plano de ensino a partir de suas necessidades educacionais, à luz do perfil de competência, podendo desenvolvê-lo dentro ou fora da Universidade.

Na Unidade Educacional de Simulação da Prática Profissional (Uespp), os elementos disparadores do processo de ensino-aprendizagem podem ser situações-problema escritas, dramatizações, filmes, situações simuladas da prática profissional e outros recursos que permitam a construção de saberes em cenários protegidos e controlados. Esta unidade é formada por duas atividades curriculares: (i) Estações de Simulação da Prática Profissional (Esp) e (ii) Situações-problema (SP).

Objetivo do Estudo

Identificar e analisar a construção das situações utilizadas na atividade curricular Estações de Simulação pela primeira turma do curso médico da UFSCar, no período de 2006 a 2009.

Tipo de Estudo

Pela natureza do objeto de estudo, esta investigação utilizou uma metodologia que se caracteriza como estudo de caso do tipo descritivo, com abordagens qualitativas e quantitativas. Foram objeto de análise deste estudo as 57 situações dessas estações de simulação e suas ementas.

Coleta e Análise dos Dados

Para a realização da coleta de dados, foram selecionadas todas as 57 situações trabalhadas com os estudantes da primeira turma, sendo 20 da 1ª série, 20 da 2ª série, 11 da 3ª série e seis da 4ª série.

Esta investigação faz parte do projeto "A implantação de um currículo de medicina: uma análise sob a óptica de seus diferentes atores", do grupo de pesquisa "Educação para profissionais da saúde", o qual foi submetido a todos os procedimentos de autorização institucional e parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

Análise e Interpretação dos Dados

Para a análise dos dados, num primeiro momento, foram determinadas as seguintes variáveis de análise: gênero; idade; ocupação (segundo as categorias de ocupação definidas pela Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa — Abep)¹⁸; religião e cor de pele (segundo classificação do IBGE); desfecho da condição do paciente na situação simulada (alta, seguimento, óbito); fases do processo saúde-doença presentes na situação simulada (promoção, prevenção, tratamento, reabilitação); condição do paciente da situação simulada (saúde ou doença); cenário de atenção à saúde no qual a situação simulada se desenvolvia (atenção primária, secundária, terciária); áreas do conhecimento (segundo disciplinas do curso médico); dimensões das disciplinas presentes na situação simulada (biológica, psicológica, social); e áreas de competência estabelecidas no perfil do curso (cuidado individual, cuidado coletivo, gestão do cuidado, educação).

No que se referir à análise quantitativa, as informações foram analisadas por meio de medidas de frequências absolutas e relativas. A partir dessa análise, puderam ser feitas algumas considerações qualitativas.

Foram trabalhadas 57 estações de simulação (ES) de 2006 a 2009 pela turma I. Houve predomínio de estações na área de conhecimento de Saúde do Adulto e Idoso (35,1%) e Saúde da Família e Comunidade (33,3%). Em seguida, apareceram estas duas áreas associadas (21,1%): Saúde da Criança (7,0%) e Saúde da Mulher (3,5%). É esperado que a área da Saúde do Adulto e Idoso seja a mais trabalhada, considerando a maior concentração dessa faixa etária na população brasileira. A interface entre as diferentes áreas e Saúde da Família e Comu-

nidade é previsível, pois esta área é abrangente e se relaciona aos cuidados de atenção primária às pessoas durante todo o seu ciclo de vida, independentemente do gênero. No entanto, as proporções foram muito desiguais na distribuição por área de conhecimento, e as áreas Saúde Coletiva, Saúde Mental e Educação não foram abordadas nas ES.

As variáveis sociodemográficas dos personagens analisadas foram: gênero, idade, ocupação, religião e cor. Em relação ao gênero, houve um equilíbrio entre masculino (43,9%) e feminino (56,1%).

Acerca da distribuição por ciclo de vida, houve uma concentração de casos relacionados ao idoso de 60 a 69 anos (45,6%) e adulto de 20 a 59 anos de idade (38,7%). Em seguida, apareceu a adolescência (10 a 19 anos) e a infância (0 a 9 anos) em igual percentual (5,3%). Essa distribuição não representa o contexto da população brasileira de acordo com o Censo Populacional de 2000¹⁹, em que a maior concentração aparece de 20 a 59 anos (51,3%), a segunda maior de 10 a 19 anos (20,8%), seguidas por crianças de 0 a 9 anos (19,4%) e idosos (8,6%).

A distribuição da ocupação dos personagens, realizada de acordo com o Critério Padrão de Classificação Econômica¹⁸, pode ser observada na Tabela 1.

TABELA 1

Distribuição dos personagens das estações de simulação da turma I do curso de medicina da UFSCar, segundo ocupação, 2009.

Ocupação dos personagens	n	%
Aposentado	18	31,6
Empregado	14	24,6
Dona-de-casa	8	14,0
Estudante	4	7,0
Desempregado	4	7,0
NA (não se aplica)	4	7,0
Autônomo	3	5,3
Trabalhadores manuais sem capacitação	1	1,7
NC (não consta)	1	1,7
Total	57	100,0

A maioria dos personagens eram aposentados (31,6%), seguidos por aqueles que possuíam ocupação com registro em carteira de trabalho (24,6%). Esse percentual está aquém dos dados de estudos sobre o tipo de vínculo empregatício, que apontam 42,4% dos trabalhadores com carteira assinada em 2006²⁰. Em seguida, 16,0% eram estudantes. Também chama a atenção o pequeno número de desempregados, vis-

to que esse percentual em São Paulo é de 13,8%²¹. O elevado percentual de aposentados está condizente com a faixa etária predominantemente trabalhada nas ES, sendo que em 2000, 66,8% de brasileiros com 60 anos de idade ou mais se encontravam aposentados²². A distorção da distribuição da ocupação dos personagens em relação à população brasileira pode ser explicada pelo predomínio de personagens com idade superior a 60 anos, diferentemente da realidade local, regional e nacional.

Com relação ao aspecto religioso, as ES permitiram que os estudantes tivessem aproximação com diferentes religiões, com predomínio da católica (47,4%). 38,6% dos personagens das ES não possuíam religião. Segundo dados do Censo 2000¹⁹, há predomínio da religião católica no Brasil, havendo coerência com as situações apresentadas.

Sobre a cor da pele, 68,4% era da cor branca, 10,5% da cor parda e 1,7% da cor negra. Quanto aos desfechos, 68,4% responderam a casos de pacientes em tratamento. Em 31,6% das situações, a história não apresentava desfecho.

No que se refere ao processo saúde-doença, em 28,1% das estações de simulação trabalhou-se o tratamento e na mesma porcentagem a promoção. Em 21,0% dos casos, apareceu tratamento e prevenção associados, 12,3% prevenção e em 7,0%, associação entre prevenção, tratamento e reabilitação. O enfoque em tratamento continua alto, mas a promoção acompanha essa ocorrência, o que está de acordo com as propostas atuais de formação de profissionais da saúde, que preconizam a ampliação das dimensões do cuidado, principalmente na promoção à saúde e prevenção de doenças^{23,24}. Vale ressaltar que, nesse currículo, a atividade de Prática Profissional, desde o 1º ano do curso, tem uma forte presença dos aspectos preventivos e de promoção à saúde¹⁴.

Na categoria condição saúde e doença, 82,5% dos casos apresentavam algum tipo de patologia, enquanto que em somente 17,5% foram trabalhadas condições de saúde. As condições foram codificadas a partir do CID, estando sistematizadas na Tabela 2.

O maior percentual se concentrou no capítulo IV ("Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas"), alcançando 28,8%, seguido do capítulo IX ("Doenças do aparelho circulatório") (13,5%). Essa distribuição está condizente com o Suplemento de Saúde da PNAD 2003, que estimou que 29,9% dos brasileiros eram portadores de alguma doença crônica²⁵. Embora as estações de simulação tenham possibilitado a abordagem da principal causa de óbitos registrados em 2008 no Brasil, que são as doenças do aparelho circulatório — responsáveis por 29,5% das mortes —, não trabalharam ou não enfatizaram em uma proporção adequada as outras três prin-

TABELA 2
Distribuição das condições de saúde/doença, por capítulo do CID-10, dos personagens das estações de simulação da turma I do curso de medicina da UFSCar, 2009.

Capítulo	CID-10	%
Capítulo I — Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	A00-A09 Doenças infecciosas intestinais	1,8
	E00-E07 Transtornos da glândula tireoide	0,9
Capítulo IV — Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	E10-E14 Diabetes mellitus	9,9
	E65-E68 Obesidade e outras formas de hiperalimentação	9,9
	E70-E90 Distúrbios metabólicos	8,1
Capítulo V — Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	0,9
Capítulo VIII — Doenças do ouvido e da apófise mastoide (H60-H95)	H90-H95 Outros transtornos do ouvido	0,9
	I10-I15 Doenças hipertensivas	10,8
Capítulo IX — Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	I30-I52 Outras formas de doença do coração	0,9
	I60-I69 Doenças cerebrovasculares	1,8
Capítulo X — Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	J00-J06 Infecções agudas das vias aéreas superiores	1,8
Capítulo XI — Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	K55-K63 Outras doenças dos intestinos	1,8
Capítulo XIII — Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	M20-M25 Outros transtornos articulares	0,9
	M70-M79 Outros transtornos dos tecidos moles	1,8
Capítulo XIV — Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	N40-N51 Doenças dos órgãos genitais masculinos	0,9
	N70-N77 Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos	0,9
Capítulo XVI — Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96)	P20-P29 Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	0,9
Capítulo XVII — Más-formações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	Q20-Q28 Más-formações congênicas do aparelho circulatório	0,9
	R00-R09 Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	3,6
	R10-R19 Sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e ao abdome	8,1
Capítulo XVIII — Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99)	R20-R23 Sintomas e sinais relativos à pele e ao tecido subcutâneo	2,7
	R25-R29 Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular	0,9
	R40-R46 Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento	0,9
	R50-R69 Sintomas e sinais gerais	10,8
Capítulo XX — Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)	W00-W19 Quedas	1,8
	Z30-Z39 Pessoas em contato com os serviços de saúde em circunstâncias relacionadas com a reprodução	3,6
Capítulo XXI — Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	Z55-Z65 Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais	9,1
	Z70-Z76 Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias	0,9
Automedicação		1,8
TOTAL		100,0

principais condições relacionadas a óbitos: capítulo II (“Neoplasias”) (15,6%), capítulo XX (“Causas externas de morbidade e de mortalidade”) (12,5%) e capítulo X (“Doenças do aparelho respiratório”) (9,8%)²⁶.

Acerca do contexto onde os casos ocorreram, houve predominância da Atenção Primária à Saúde (93,0%), demonstrando coerência com o cenário de inserção dos estudantes na Atividade Curricular de Prática Profissional do 1º ao 4º ano, pois estavam desenvolvendo atividades em Unidade de Saúde da Família (USF) e Unidade Básica de Saúde (UBS). Nesta, os estudantes passaram em esquema de rodízio pelas áreas de Saúde da Mulher, da Criança, do Adulto e Idoso.

Na totalidade das estações, foi abordada a dimensão biológica, sendo 19,4% das situações com foco exclusivamente biológico. Em 49,1% apareceu associada às dimensões psicológica e social, 17,5% somente articulada à psicológica e 14,0% juntamente à psicológica. Esses resultados são condizentes com as expectativas, considerando que o aspecto biológico deve permear quase a totalidade das ES e, quando possível, associado a situações psicológicas e socioculturais que possam interferir no processo saúde-doença.

Quanto às áreas de competência, de acordo com o projeto pedagógico, era previsto que os problemas abordassem tanto os Cuidados às Necessidades Individuais de Saúde, quanto os Cuidados às Necessidades Coletivas de Saúde, a Organização do Trabalho em Saúde, a Gerência do Cuidado e a Educação. Porém, os casos trabalhados focalizaram principalmente o Cuidado Individual, que apareceu isoladamente em 49,2% das ES e em 36,8% associado à Educação, e somente Educação em 14,0% dos casos. As demais áreas não foram abordadas. Isso se explica pela prática médica que tem seu foco principal no cuidado individual e que a Espm é a atividade privilegiada para a formação clínica. Nessa análise, esse foco pareceu em 86,0% das ESs.

Para a análise da variável área de conhecimento, foram consideradas as áreas de conhecimento descritas no projeto pedagógico do curso de medicina da UFSCar, que são as seguintes: anatomia, anatomia patológica, biologia molecular, bioquímica, embriologia humana, ética e bioética, farmacologia terapêutica, fisiologia e biofísica, educação e pesquisa em saúde, gestão em saúde, genética médica, histologia, imunologia, informática em saúde, inglês instrumental em saúde, medicina legal, microbiologia, parasitologia e semiologia clínica. Nos casos em que não ficaram claras as áreas de conhecimento, os conteúdos foram classificados como indefinido. Quando estava evidente a área de conhecimento, porém esta não fazia parte das áreas elencadas no PPP, foram classificadas como outras (Quadro 1).

QUADRO 1

Áreas de conhecimento abordadas nas estações de simulação, segundo série, da turma I do curso de medicina da UFSCar, 2009.

Áreas de conhecimento	1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano
Anatomia	N	N	N	S
Anatomia patológica	N	N	N	S
Biologia molecular	N	N	N	N
Bioquímica	N	N	N	N
Embriologia humana	N	N	N	N
Ética e bioética	N	S	N	S
Farmacologia terapêutica	S	N	N	S
Fisiologia e Biofísica	N	N	N	S
Educação e pesquisa em saúde	N	S	S	N
Gestão em saúde	S	N	N	S
Genética médica	N	N	N	N
Histologia	N	N	N	N
Imunologia	N	N	N	N
Informática em saúde	N	N	N	N
Inglês instrumental em saúde	N	N	N	N
Medicina Legal	N	N	N	N
Microbiologia	N	N	N	N
Parasitologia	N	N	N	N
Semiologia Clínica	S	S	S	S
Outras áreas de conhecimento	S	N	S	S
Indefinido (não estão claros a área de conhecimento nem o conteúdo)	S	S	N	N

N: não, S: sim

Verifica-se que em todos os anos estão ocorrendo estações que permitam a abordagem da semiologia clínica, porém diversas áreas não são contempladas e outras, em apenas alguns anos (anatomia, anatomia patológica, ética e bioética, farmacologia terapêutica, fisiologia e biofísica, educação e pesquisa em saúde, gestão em saúde).

Considerando que as estações de simulação têm como principal objetivo o desenvolvimento da área de competência do cuidado à saúde individual, com foco na construção do raciocínio clínico e nas tarefas de construção de história clínica, exame físico, levantamento de necessidades de saúde e plano de cuidados, e, ainda, que estes estão intimamente relacionados à área de conhecimento da semiologia clínica, é desejável que as estações, em todos os anos, possibilitem a abordagem de conteúdos da semiologia, tal como vem ocorrendo.

Dessa forma, a não abordagem de algumas áreas de conhecimento é justificada, levando em conta que a Espm não é a única estratégia de aprendizagem, ocorrendo de forma concomitante e complementar com as atividades curriculares de situações-problema e prática profissional, que podem e devem abordar as áreas aqui não contempladas.

Porém a ausência de conteúdos sobre ética nas ES do 1º e 3º anos preocupa, pois a abordagem ética nas relações médico-paciente é uma constante que poderia ser contemplada pelas ESs em todos os anos, especialmente em um currículo que privilegia a prática profissional, no mundo do trabalho real, desde o início do curso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atividade de simulação da prática que utiliza atores na condição de pacientes simulados, desenvolvida em ambiente controlado e protegido, tem se mostrado uma estratégia pedagógica importante para a formação médica. Uma vez que dá mais segurança para o estudante no desenvolvimento de suas habilidades, proporciona um melhor *feedback* do professor e, ainda, protege o paciente, que em muitas ocasiões são utilizados simplesmente como objeto de aprendizagem.

A análise dos dados apontou predomínio de estações na área de conhecimento de Saúde do Adulto e Idoso e Saúde da Família e Comunidade, o que é esperado, pelo foco dessa atividade, ser o desenvolvimento de habilidades clínicas. Por outro lado, houve fragilidade na abordagem das demais áreas. Quanto ao cenário das ES, áreas de competência e distribuição pelas dimensões biológica, psicológica e social, estes apresentaram coerência com os objetivos da atividade curricular. Embora o enfoque do processo saúde-doença tenha sido o tratamento, as estações também trouxeram elementos de promoção e prevenção, estando em consonância com o movimento de ampliação das dimensões do cuidado. A distribuição das condições de saúde e doença nas ES, de acordo com o CID-10, está condizente com o perfil epidemiológico brasileiro²⁷.

Nesta análise foi possível identificar que se faz necessária uma readequação das ES do curso médico da UFSCar, elaboradas entre os anos 2006 a 2009, no que diz respeito às áreas de conhecimento, à faixa etária, à ocupação, às fases do processo saúde-doença e ao desfecho das situações. Faz-se necessária ainda uma readequação das áreas de conhecimento do projeto pedagógico, pois vários conteúdos identificados pertenciam a áreas de conhecimento não existentes no projeto, os quais são importantes para a formação médica. Além disso, verificou-se também a necessidade de uma melhor caracterização das ementas das estações de simulação das áreas de conhecimentos específicas, pois algumas vezes estas não estavam claras.

As ES devem ser bem estruturadas e representar a realidade da prática médica. Dessa forma, esta investigação, ao analisar as ES trabalhadas no curso médico da UFSCar, contribuiu com a formulação de variáveis e critérios que devem auxiliar na construção das ES, para que estas possam representar o melhor possível a realidade da prática profissional.

REFERÊNCIAS

1. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, et al. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med* [on line]. 2002. 77 [capturado 29 mar. 2011]:361-7. Disponível em: <https://www.abp.org/abpwebsite/r3p/pre-read/Flexner%20to%20competencies.Carraccio.2002.pdf>
2. Ali J, Al Ahmadi K, Williams JI, Cherry RA. The standardized live patient and mechanical patient models-their roles in trauma teaching. *J Trauma* [on-line]. 2009. 66(1) [capturado 29 mar. 2011]: 98-102. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19131811>
3. Rees C, Sheard C, Mcpherson A. Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient Educ Couns* 2004;54(1):119-21.
4. Varga CRR, Almeida VC, Germano CMR, Melo DG, Chachá SGF, Souto BGA, Fontanella BJB, Lima VV. Relatório de experiência: o uso de simulações no processo de ensino-aprendizagem em medicina. *Rev. Bras. Educ. med* 2009;33(2):291-297.
5. Unalan PC, Uzuner A, Cifcili S, Akman M, Hancioglu S, Thulesius HO. Using theatre in education in a traditional lecture oriented medical curriculum. *BMC Med. Educ.* [on-line]. 2009; 9(73) [capturado 16 jun. 2010]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2803161>
6. Jacobsen T, Baerheim A, Lepp MR, Schei E. Analysis of role-play in medical communication training using a theatrical device the fourth wall. *BMC Med. Educ.* [on-line]. 2006; 6(51) [capturado 16 jun. 2010]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1621062/>
7. Botezatu M, Hult H, Tessma MK, Fors UG. Virtual patient simulation for learning and assessment: superior results in comparison with regular course exams. *Med. Teach* [on-line]. 2010; 32(10) [capturado 28 mar. 2011]: 845-50. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20854161>
8. Wayne DB, Butter J, Siddall VJ, Fudala MJ, Wade LD, Feinglass J, McGaghie WC. Mastery learning of advanced cardiac life support skills by internal medicine residents using simulation technology and deliberate practice. *J. Gen. Intern. Med.* [on-line]. 2006;21(3)[capturado 16 jun. 2010]:251-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16637824>
9. Unroe MA, Shofer SL, Wahidi MM. Training for endobronchial ultrasound: methods for proper training in new bronchoscopic techniques. *Curr. Opin. Pulm. Med.* [on-line]. 2010; 16(4) [capturado 16 jun. 2010]; 295-300. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20531196>

10. Curran VR, Butler R, Duke P, Eaton WH, Moffatt SM, Sherman GP, Pottle M. Evaluation of the usefulness of simulated clinical examination in family-medicine residency program. *Med. Teach* 2007;29(4):406-407.
11. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med. Teach* 2006;28(1):3-18.
12. Kurtz S. Teaching and learning communication in veterinary medicine. *J. Vet. Med. Educ.* 2006;33(1):11-19.
13. Troncon LEA, Maffei CML. A incorporação de recursos de simulação no curso de graduação em medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. *Medicina (Ribeirão Preto)* [on-line]. 2007. 40(2) [capturado 16 jun. 2010];153-161. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n2/1_a%20incorporacao_de_recursos.pdf
14. Coordenação do Curso de Medicina/UFSCar. *Caderno do Curso de Medicina*. São Carlos: USFCar, 2006.
15. Howley LD, Martindale J. The efficacy of standardized patient feedback in clinical teaching; a mixed methods analysis. *Med. Educ. Online* [on-line]. 2004. 9(18). [capturado 16 jun. 2010]. Disponível em: <http://www.med-ed-online.org>.
16. Smith SR, Cookson, J, Mckendree J, Harden RM. Patient-centred learning-back to the future. *Med. Teach* 2007;29(1):33-37.
17. Hoffmann J. *Avaliar para promover: as setas do caminho*. Porto Alegre: Mediação, 2001.
18. ABEP. Critério padrão de classificação econômica Brasil, 2008. [on line]. [capturado 16 jun. 2010]. Disponível em: <http://www.viverbem.fmb.unesp.br/docs/classificacao-brasil.pdf>
19. IBGE. Censos demográficos. 2000. [on-line]. [capturado 16 jun. 2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/populacao02.htm.
20. Hallak J, Namir K, Kozovits L. Setor e emprego informal no Brasil: análise dos resultados da nova série do sistema de contas nacionais (2000-2006). [on-line]. 2006. [capturado 16 jun. 2010]. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/data-centerie/pdfs/seminarios/pesquisa/texto1310.pdf>
21. DIEESE. Taxa de desemprego total, por sexo. [on-line]. 2009. [capturado 16 jun. 2010]. Disponível em: <http://tutrandot.dieese.org.br/icv/TabelaPed?tabela=5>
22. IBGE. Indicadores sociais municipais – uma análise dos resultados da amostra do Censo Demográfico, 2000. [on-line]. [capturado 16 jun. 2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=289.
23. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 38.*
24. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília. [on-line]. 2005. [capturado 28 mar. 2011]. Disponível em: http://www.prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf
25. IBGE. Acesso e utilização de serviços de saúde – 2003. [on-line]. 2005. [capturado 16 jun. 2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=370
26. DATASUS. Mortalidade – Dados preliminares Brasil. Óbitos por ocorrência por capítulo CID-10 segundo região, 2008. [on-line]. [capturado 19 jun. 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/pobt10descr.htm>
27. CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde. décima revisão. Versão 2008. Volume I. [on-line]. 2008. [capturado 25 abril. 2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORESPONDÊNCIA

Roseli Ferreira da Silva
Rod. Washington Luís, km.235
São Carlos
CEP: 13565-905 Cx. postal 676 SP
E-mail: roselifs@ufscar.br