

# O ensino e o aprendizado de ginecologia e obstetrícia na graduação: desafios e tendências

*The teaching and learning of gynecology and obstetrics at the undergraduate level: challenges and trends*

## Editorial

Há algumas décadas, o aprendizado de Ginecologia e Obstetrícia (GO) baseava-se nas lições de poucos e grandes mestres, que dominavam o conhecimento de forma abrangente. O contato do aluno com o professor era intenso, ocorrendo, na maioria das vezes, à beira dos leitos hospitalares. Atualmente, os alunos adquirem experiência em diferentes situações e cenários clínicos, incluindo ambulatorios e enfermarias, unidades básicas de saúde e hospitais universitários. Também o conhecimento da especialidade se multiplicou exponencialmente e os professores se subespecializaram, passando a dominar conteúdos cada vez mais específicos. Com isso, os alunos são expostos a condutas e exemplos de docentes ou preceptores diversos, que atuam em subespecialidades definidas, por vezes carentes de uma visão mais abrangente do cuidado à mulher e deslocados da realidade na qual a paciente está inserida.

Concomitantemente, ocorreu, no Brasil, a reorganização da atenção à saúde em níveis de assistência, retirando as ações de atenção primária dos hospitais universitários. O perfil de morbidade se modificou com a entrada da mulher no mercado de trabalho, a redução da natalidade e o envelhecimento da população. As prioridades das próprias mulheres em aspectos de atenção à saúde se transformaram. Ganham relevância as práticas clínicas baseadas em evidência científica. Alguns exemplos do impacto destas mudanças são a hierarquização da assistência pré-natal e o parto de baixo risco, que modificaram o perfil do atendimento nos ambulatorios dos hospitais universitários, e a redução da oportunidade para os alunos realizarem bloqueio do nervo pudendo e episiorrafia, com o emprego mais liberal da analgesia de parto e o uso seletivo da episiotomia.

Todas essas mudanças são irreversíveis e seus reflexos sobre o ensino médico relacionado à GO são evidentes. Já não cabe lamentar ou resistir, mas buscar estratégias de ensino e aprendizado sintonizadas com as condições atuais e as tendências futuras. Como tem sido na prática clínica, a implementação de intervenções efetivas deve se basear na melhor evidência disponível. Por exemplo, o aprendizado do aluno se qualifica quando também há residentes no serviço<sup>1</sup>. A combinação de aprendizado com residente e professor é muito benéfica, porque enquanto o primeiro aumenta a experiência clínica do aluno com procedimentos, o segundo complementa este aprendizado, atuando como modelo de comportamento, enfatizando o aprendizado baseado em evidência, demonstrando entusiasmo com o ensino e cuidado com o paciente<sup>2</sup>.

### Correspondência:

Eliana Amaral  
Rua Alexander Fleming, 101  
CEP 13083-881 – Campinas (SP)  
Fone: (19) 3251-9334/ (19) 977584905

### Recebido

01/11/2007

### Aceito com modificações

30/11/2007

<sup>1</sup> Professora Associada do Departamento de Tocoginecologia e Membro do Núcleo de Avaliação e Pesquisa em Ensino Médico da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp – Campinas (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Doutor, Professor do Departamento de Morfologia e Membro do Núcleo de Educação Médica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Natal (RN), Brasil.

<sup>3</sup> Doutor, Professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e Coordenador do Curso de Medicina da Universidade Estadual Paulista – Unesp – Botucatu (SP), Brasil.

Nesse cenário de transformação da educação médica, faz-se necessário definir, de forma objetiva, o que se espera do estudante nas diversas fases do curso, quais os conhecimentos considerados essenciais e quais as habilidades e competências no que diz respeito à assistência na área da saúde da mulher. No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), norteiam a organização do ensino da Medicina e representam importante reforço documental para auxiliar os responsáveis pelos programas de ensino<sup>3</sup>.

As DCN determinam que “o Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do egresso o médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva”. Recomendam que este deve ser “capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.” Deve ter as competências gerais de atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Este documento informa que “o Internato deve incluir a Ginecologia-Obstetrícia, com atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área”<sup>3</sup>. Um trabalho recente mostrou que a experiência clínica em atendimentos de GO ambulatorial, no nível primário de atenção, tem abrangência suficiente em Ginecologia, que representou 80% dos casos atendidos por alunos do quarto ano médico e foi suficientemente homogênea entre as seis unidades básicas de saúde, garantindo similaridade de experiências clínicas aos alunos<sup>4</sup>.

No entanto, as DCN não definem conteúdos específicos, nem os hierarquiza nas diferentes fases do curso. Não há resoluções ou consensos da sociedade de especialidade, associações de professores de GO ou conselhos de residências médicas em GO que nos informem quais objetivos e conteúdos devem ser alcançados ao final do treinamento – algo que se pode encontrar nos Estados Unidos<sup>5-7</sup>. Mesmo no contexto atual, no qual se preconiza a inserção precoce do estudante nas atividades práticas e a ruptura da dicotomia básico-profissionalizante, as atividades voltadas à saúde da mulher se concentram numa fase avançada do curso. No entanto, para atendermos ao perfil de egresso estabelecido nas DCN, o estudante precisará ter contato precoce, mas progressivo, com as demandas e organização de atenção à saúde feminina, favorecendo o aprendizado mais ativo motivado por situações reais e buscando a resolução dos problemas apresentados, como convém para o aprendizado de adultos.

Nesse contexto de tendências de mudanças na educação médica, um outro tema de muito destaque é a avaliação. O sistema de avaliação proposto deve ser válido (mede o que quer medir), confiável (confere resultado similar se reaplicado), mas também deve ser justo para todos os alunos, aceitável para os que vão utilizá-lo ou se submeter a ele (professores e alunos), ter efeito educacional (dirigir melhorias do ensino) e ser viável (em termos de recursos humanos, materiais e esforço despendido)<sup>8,9</sup>.

Há muitas décadas, sabe-se que provas de conhecimento cognitivo em forma de testes ou respostas dissertativas não são capazes de avaliar adequadamente habilidades e atitudes dos alunos. No máximo, tais provas avaliam o conhecimento de “como deveria ser feito”. Para saber se o aluno adquiriu habilidades, é preciso “ver fazer”, seja num manequim, durante atendimento simulado ou, idealmente, na situação real de atendimento. No tocante às atitudes esperadas, vale o mesmo raciocínio. Avaliar competência significa saber se o estudante é capaz de realizar a tarefa, composta de um conjunto de habilidades (conhecimento cognitivo, habilidades práticas, de comunicação). Avaliar desempenho implica em julgar a qualidade das ações clínicas na situação real.

O uso dos conceitos – notas subjetivas atribuídas ao final da experiência clínica – era mais confiável quando o professor passava longas horas com seus alunos, na beira do leito. Com a compartimentalização das atividades em pequenos estágios, os próprios preceptores ou professores ficam menos confortáveis para avaliar os alunos por conceitos ou notas globais, questionando-se a equidade e validade dessas avaliações. Na prática, o que se observa é que, ao invés de considerar as múltiplas dimensões que compõem a competência clínica (conhecimento, habilidade técnica e de comunicação, interação com paciente, equipe e colegas), os avaliadores tendem a reduzir sua avaliação a, no máximo, duas dimensões. Sabe-se também que os conceitos globais dos estágios clínicos sofrem de “efeito teto”, (compactam-se próximo ao valor máximo), potencializado pela leniência (benevolência) dos avaliadores e do “efeito halo” (impacto da boa impressão de uma dimensão sobre as outras), resultando em pequena diferença de notas entre os alunos, apesar de aparente diferença em desempenho<sup>10</sup>.

Os educadores precisam se apropriar de um vasto arsenal metodológico disponível na área de Educação Médica ou para profissionais da saúde. Particularmente em relação à nossa especialidade, é necessário que sejam incorporadas estratégias eficientes para o ensino-aprendizagem das habilidades e competências específicas, bem como para

o programa de avaliação dos estudantes, considerando as várias dimensões do cuidado. Uma estratégia bastante utilizada para avaliar competência clínica é o Objective Structured Clinical Examination (OSCE), que é uma avaliação baseada em casos simulados com pacientes padronizados (pacientes-atores). Já se demonstrou que esse é um método válido e confiável, pois permite observar aspectos ou domínios diferenciados da competência clínica do estudante, quando comparado com testes de conhecimentos cognitivos. Esses métodos já têm sido utilizados em GO<sup>11,12</sup>. No Brasil, modelos modificados de OSCE são mais recentes, sendo utilizados durante a graduação em algumas escolas médicas e, mais recentemente, nas provas práticas de admissão à Residência Médica<sup>13</sup>.

O modelo ideal de avaliação para o Internato (ou mesmo Residência Médica) deveria compor um programa com várias estratégias para julgar o desempenho clínico do estudante. Isso exige uma composição de vários instrumentos ou “provas”, articulados entre si, complementares e contextualizados, devendo incluir avaliação de atendimentos reais no local do estágio<sup>14</sup>. Para isso, tem sido testado o uso do mini-CEX, um instrumento de observação de atendimentos reais para avaliar as diferentes competências integradas (conhecimentos, habilidades e atitudes)<sup>15</sup>. A somatória de diversas observações de atendimento, por diferentes avaliadores (tutores, docentes etc.) é uma forma promissora para aplicação nos atendimentos ambulatoriais ou de enfermarias, quando os alunos, ou mesmo os residentes, estão em estágios clínicos, que pode qualificar a avaliação do desempenho dos alunos de GO em estágios de enfermarias ou ambulatorios, nos vários níveis de atenção.

No nível da graduação, a maioria do conhecimento, habilidades e atitudes esperadas para a GO é adquirida durante o Internato. O aprendizado em serviço do Internato e da Residência Médica, etapas diferenciadas de aprendizagem da prática clínica gineco-obstétrica, requer um professor (aqui usado indistintamente para tutor ou preceptor) muito bem preparado. Deve estar atualizado no conhecimento clínico, ser habilidoso tecnicamente e na relação com o paciente e seu aluno, sensível às necessidades de ambos, apto a retroalimentar o aluno em relação ao seu desempenho no atendimento ao paciente e capaz de contribuir para a decisão a respeito da qualificação deste aluno para prosseguir nas próximas etapas da carreira e, no final, de ser médico<sup>16</sup>.

Há, então, dois grandes desafios a enfrentar. O primeiro é definir os conteúdos, as estratégias pedagógicas, os melhores contextos e fases de aprendizado para cumprir um programa qualificado até o final do sexto ano do curso médico, adotando um sistema de avaliação que seja compatível com as DCN. Outro importante desafio é capacitar professores ou tutores para exercer esse papel com a maior efetividade possível, por meio de programas de desenvolvimento docente intra ou interinstitucionais. Estes dois desafios podem ser enfrentados mais facilmente numa colaboração entre a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e outros programas, órgãos ou entidades que buscam qualificação do ensino (incluindo o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, o Instituto Faimer Brasil de Desenvolvimento Docente etc.). Estas iniciativas beneficiariam não só a formação geral do médico, como também a do especialista em programas de Residência Médica, nos serviços nos quais ambos os níveis de formação são oferecidos. Temos muita coisa a fazer e precisamos arregaçar as mangas!

## Referências

1. Myles TD. Obstetrics and gynecology final examination scores at university and community hospitals. A comparison. *J Reprod Med.* 2001;46(4):371-5.
2. Johnson NR, Chen J. Medical student evaluation of teaching quality between obstetrics and gynecology residents and faculty as clinical preceptors in ambulatory gynecology. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(5):1479-83.
3. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina [texto na Internet]. Brasília; 2001 [citado 2007 Dez 11]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
4. Amaral E, Zeferino A, Nadruz W, Antonio MA, Sarian L, Inhaia C, et al. Successful accomplishment of educational goals with clinical experience at public primary care facilities. *Med Teach.* 2007;1-6. [Epub ahead of print]
5. Buek JD. Medical education: what's relevant, what's irrelevant, and what's missing. *Obstet Gynecol.* 2007;109(3):786.
6. Erickson SS, Bachicha J, Bienstock J, Ciotti MC, Hartmann DM, Cox S, et al. The process of translating women's health care competencies into educational objectives. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(3 Suppl):S25-7.

7. Hammoud MM, Cox SM, Goff B, Goepfert A, Butler A, Swanson DB, et al. The essential elements of undergraduate medical education in obstetrics and gynecology: a comparison of the Association of Professors of Gynecology and Obstetrics Medical Student Educational Objectives and the National Board of Medical Examiners Subject Examination. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(5):1773-9.
8. Schuwirth LW, van der Vleuten CP. A plea for new psychometric models in educational assessment. *Med Educ.* 2006;40(4):296-300.
9. van der Vleuten CP, Schuwirth LW. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Med Educ.* 2005;39(3):309-17.
10. Govaerts MJ, van der Vleuten CP, Schuwirth LW, Muijtjens AM. Broadening perspectives on clinical performance assessment: rethinking the nature of in-training assessment. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2007;12(2):239-60.
11. Gilson GJ, George KE, Qualls CM, Sarto GE, Obenshain SS, Boulet J. Assessing clinical competence of medical students in women's health care: use of the objective structured clinical examination. *Obstet Gynecol.* 1998;92(6):1038-43.
12. Nalesnik SW, Mills CS, Olsen CH, Haffner WH, Zahn CM. Creating an ideal objective structured clinical exam for an obstetrics and gynecology medical student clerkship. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(4):1544-50.
13. Troncon LE. Clinical skills assessment: limitations to the introduction of an "OSCE" (Objective Structured Clinical Examination) in a traditional Brazilian medical school. *Sao Paulo Med J.* 2004;122(1):12-7.
14. Norcini JJ, McKinley DW. Assessment methods in medical education. *Teach Teacher Educ.* 2007;23(3):239-50.
15. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med.* 2003;138(6):476-81.
16. Bienstock JL, Katz NT, Cox SM, Hueppchen N, Erickson S, Puscheck EE, et al. To the point: medical education reviews—providing feedback. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(6):508-13.