

GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

WALTER LUIZ M. S. DA FONSECA

MAX DAMAS

ALESSANDRO OROFINO DE ARAÚJO

MARCILENE M. A. FONSECA



2026

GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

WALTER LUIZ M. S. DA FONSECA

MAX DAMAS

ALESSANDRO OROFINO DE ARAÚJO

MARCILENE M. A. FONSECA



GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA

PRESIDENTE

EDUARDO GUIMARÃES PRADO

VICE-PRESIDENTE

WALTER LUIZ M. S. DA FONSECA

DIRETOR ADMINISTRATIVO-FINANCEIRO

DENYS RIBEIRO FORTUNATO

DIRETORA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS

JOSIANE DA SILVA SAMPAIO

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO DA CAPA E MIOLO

FERNANDA DAMAS - ACI FOA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA - UNIFOA

REITORA/PROCURADORA INSTITUCIONAL

IVANETE DA ROSA SILVA DE OLIVEIRA

PRÓ-REITOR ACADÊMICO

BRUNO CHABOLI GAMBARATO

PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO

ANA CAROLINA CALLEGARIO PEREIRA

PRÓ-REITORA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

ANA CAROLINA DORNELAS RODRIGUES

PRÓ-REITOR DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA E TECNOLOGIAS DE ENSINO

RAFAEL TEIXEIRA DOS SANTOS

PRÓ-REITOR DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO

WASHINGTON DE MACEDO LEMOS

FICHA CATALOGRÁFICA

BIBLIOTECÁRIA

ALICE TACÃO WAGNER - CRB 7/RJ 4316

F676G FONSECA, WALTER LUIZ M. S. DA
GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS. /
WALTER LUIZ M. S. DA FONSECA; MAXIMILIANO PINTO DAMAS;
ALESSANDRO OROFINO DE ARAÚJO; MARCILENE M. A. FONSECA.
VOLTA REDONDA: FOA, 2026. 100 p. il.

ISBN: 978-85-5964-199-8

1. CASOS CLÍNICOS. 2. CASOS CLÍNICOS - GUIA. I. FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA. II. CENTRO
UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA. III. TÍTULO

CDD 610.7



SUMÁRIO

PREFÁCIO	5
APRESENTAÇÃO	7
CAPÍTULO 1 RACIOCÍNIO CLÍNICO: FUNDAMENTO DA PRÁTICA MÉDICA	15
CAPÍTULO 2 A TAXONOMIA DE BLOOM REVISITADA - MATRIZ DO RACIOCÍNIO CLÍNICO	25
CAPÍTULO 3 A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO PARA DESENVOLVER O RACIOCÍNIO CLÍNICO ANALÍTICO	33
CAPÍTULO 4 A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO PARA DESENVOLVER O RACIOCÍNIO CLÍNICO NÃO ANALÍTICO	39



CAPÍTULO 5

INTEGRAÇÃO CONCEITUAL E ALINHAMENTO COM O ENAMED: DO RACIOCÍNIO CLÍNICO À PRÁTICA COM CASOS

45

COMPLEMENTOS

C1. AVALIAÇÃO – COMANDO OU DESCRITOR AVALIATIVO	54
C2. CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA OS PRIMEIROS PERÍODOS DO CURSO DE MEDICINA	62
C3. CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA TBL – PERÍODOS INICIAIS	69
C4. EXEMPLO DE CASO CLÍNICO PARA TBL - PERÍODOS INICIAIS (PARA DESENVOLVIMENTO DE RACIOCÍNIO CLÍNICO)	74
C5. CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA TBL NO PRÉ-INTERNATO DO CURSO DE MEDICINA	80
C6. CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA ALUNOS DO INTERNATO	85
C7. EXEMPLO CASO CLÍNICO PARA O INTERNATO – RELEITURA PROGRESSIVA	93
AUTORES	98



PREFÁCIO

Ensinar Medicina é, antes de tudo, formar pensamento. O conhecimento técnico é indispensável, mas não suficiente. O verdadeiro diferencial do profissional médico está na capacidade de integrar informações, interpretar sinais, formular hipóteses e tomar decisões fundamentadas diante da complexidade do ser humano.

Este guia nasce da experiência acumulada de um time de educadores que compreendem a docência como missão. Médicos, Psicólogo, Administrador e Engenheiro com Especialidade em tecnologias da aprendizagem, reuniram aqui não apenas técnicas pedagógicas, mas uma filosofia de ensino orientada à formação de um raciocínio clínico sólido, ético e analítico.

A construção de casos clínicos não é mero exercício didático; é instrumento estruturante do pensamento médico. Quando bem elaborados, os casos simulam a realidade assistencial, estimulam a investigação, promovem a integração entre teoria e prática e desenvolvem autonomia intelectual no estudante. Este livro oferece ao docente ferramentas práticas para estruturar esse processo de maneira sistemática, clara e eficiente.

Ao propor metodologias aplicáveis e fundamentadas, a obra fortalece o papel do professor como mediador do conhecimento e facilitador do aprendizado ativo. Em um cenário educacional em constante transformação — com novas tecnologias, metodologias ativas, desafios institucionais em um mundo de transformação em todos os níveis — este guia apresenta-se como referência segura e objetiva.

GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

A experiência dos autores na gestão acadêmica confere à obra uma visão estratégica da formação médica. O compromisso com a excelência educacional transparece em cada capítulo, reafirmando a convicção de que ensinar é também aprender continuamente.

Este livro não é apenas um manual técnico. É uma declaração de compromisso com a qualidade da educação médica e com a formação de profissionais capazes de pensar criticamente, agir com responsabilidade e exercer a medicina com competência e humanidade, é uma importante ferramenta de que um Curso de medicina precisa.

Que esta obra inspire docentes a aprimorar sua prática e estudantes a desenvolver um raciocínio clínico cada vez mais refinado.

Eduardo Guimarães Prado

Eduardo Guimarães Prado é advogado e professor universitário, alia sólida formação jurídica a uma notável trajetória na gestão pública e acadêmica. Atualmente, preside a



Fundação Oswaldo Aranha, instituição de excelência, com milhões de atendimentos gratuitos à comunidade. Ao longo de sua carreira, ocupou cargos estratégicos como Procurador de Autarquia, Consultor Jurídico, Vice-presidente da FOA, Coordenador do Curso de Direito e Diretor de Centro no UniFOA. Atua também como Conselheiro Fiscal da CDL de Volta Redonda, e conselheiro consultivo do SEMESP, é membro da Diretoria da ABMES, além de Vice-presidente Executivo do SEMERJ. Reconhecido por sua atuação ética, visionária e incansável, é homenageado por diversas entidades, sendo referência na construção de uma educação transformadora e comprometida com o desenvolvimento regional.





APRESENTAÇÃO

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2025 (DCN 2025)¹ reafirmam o compromisso de que a formação médica deve ter como eixo central o desenvolvimento de um profissional ético, humano e crítico — tecnicamente competente e socialmente comprometido. Um médico capaz de integrar ciência, tecnologia e empatia, promovendo o cuidado integral à pessoa em todas as dimensões da vida.

O Art. 8º das DCN consolida-se como uma matriz integradora de competências, articulando raciocínio clínico, ética, comunicação, diversidade, inovação e sustentabilidade — valores que devem atravessar todo o currículo médico.

Ensinar Medicina é formar um profissional capaz de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para resolver problemas reais da prática de atenção à saúde.

Esse conjunto de atributos, quando alinhado a uma situação concreta, passa a ser denominado **competência**. O domínio da competência é o que permite ao indivíduo apresentar bom desempenho em uma função ou situação específica, integrando saberes, práticas e comportamentos.

¹ Resolução CNE/CES, de 30 de setembro de 2025.

GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

As novas DCN estão em consonância com o Art. 5º da Matriz de Competências do INEP², ao estabelecer que o médico egresso deve apresentar um perfil ético, crítico, humanista e comprometido com o cuidado integral e equitativo à saúde, integrando conhecimentos técnicos, científicos e sociais.

Ao decompor a Matriz de Competências do INEP, identificam-se sete dimensões do perfil do egresso que devem orientar a formação e a avaliação:

- I. Valorização da singularidade e da diversidade;
- II. Defesa da cidadania e da dignidade humana;
- III. Postura crítica e reflexiva;
- IV. Ética e bioética nas relações de cuidado;
- V. Formação ampla e visão sistêmica da saúde;
- VI. Compromisso com a formação contínua;
- VII. Clínica centrada na pessoa e trabalho em equipe.

Ser competente em Medicina não significa apenas “saber muito”, mas saber usar o que se sabe. A competência envolve compreender o paciente, analisar situações, aplicar o conhecimento com julgamento ético e criar soluções diante da complexidade clínica.

² Portaria Nº 478, de 18 de julho de 2025





APRESENTAÇÃO

O ensino por competências transcende o simples acúmulo de informações e estimula o estudante a percorrer, de forma integrada e significativa, todos os níveis da Taxonomia de Bloom revisada³:

1. lembrar,
2. compreender,
3. aplicar,
4. analisar,
5. avaliar e
6. criar.

Os modelos tradicionais de ensino clínico, baseados apenas na observação de casos ou pacientes — frequentemente restritos a identificar diagnósticos, solicitar exames e descrever terapêuticas — mostram-se claramente insuficientes para esse propósito formativo.

Essas limitações são agravadas pelas diferenças na forma como especialistas experientes e aprendizes atribuem sentido às informações clínicas. O uso de linguagem técnica não compartilhada, associado às distintas experiências cognitivas, interesses e estilos docentes, produz lacunas importantes no processo de aprendizagem⁴.

³ Ferraz, APCM; Belho RV. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações dos instrumentos para definição dos objetivos educacionais. Gest. Prod., São Carlos, v. 17, n. 2, p. 421-431, 2010. <https://www.scielo.br/j/gp/a/bRkFgcJqbGCDp3HjQqFdqBm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 09/12/2025.

⁴ Robert Jay; Clare Davemport; Rakesh Patel. Clinical reasoning – the essentials for teaching medical students, trainees and non-medical healthcare professionals. Br J Hosp Med. 2024.

GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

- » A realização de diagnóstico e o tratamento médico constituem competências profissionais essenciais para médicos recém-formados.

Isso implica aplicar princípios científicos biomédicos, psicológicos e sociais na prática; prescrever medicamentos com segurança; utilizar informações de forma eficaz; e lidar com a complexidade e a incerteza inerentes à clínica. Tais exigências, naturais para médicos experientes, também se impõem aos egressos.

Esse conjunto de atributos e competências fundamentais para uma prática clínica eficaz denomina-se **raciocínio clínico**.

- » Todas as escolas médicas deveriam ter o raciocínio clínico como parte explícita de currículo e, por extensão, testar o raciocínio clínico na avaliação em vários estágios do curso⁵.

A complexidade do ensino médico é elevada, pois deve contemplar, simultaneamente, conhecimentos sobre o corpo humano e a formação de um profissional que seja:

1. ético, reflexivo, interdisciplinar e socialmente responsável;
2. comprometido com a equidade, a dignidade humana e a integralidade do cuidado;

⁵ Robert Jay; Clare Davemport; Rakesh Patel. Clinical reasoning – the essentials for teaching medical students, trainees and non-medical healthcare professionals. Br J Hosp Med. 2024.



APRESENTAÇÃO

3. apto a aprender continuamente e a exercer a clínica centrada na pessoa, à luz dos princípios do SUS e da bioética;
4. consciente da necessidade de educação permanente.

O Art. 19 das DCN estabelece que o eixo estruturante do currículo deve estar orientado pelas necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, sem desconsiderar os princípios do SUS — integralidade, equidade, universalidade e atenção humanizada.

O raciocínio clínico constitui uma metodologia que atende plenamente às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, contemplando o perfil e as competências fundamentais do médico definidos pelo INEP. Por essa razão, deve constar explicitamente no Projeto Pedagógico do Curso (PPC), assim como os princípios e pressupostos para sua formação.

Nos capítulos que se seguem, será apresentada a organização conceitual e pedagógica do raciocínio clínico, bem como as estratégias para sua incorporação intencional no processo formativo ao longo de todo o curso de Medicina. O leitor será conduzido por um percurso progressivo que parte dos fundamentos teóricos do pensamento clínico, passa pela organização cognitiva do aprendizado e alcança, de forma concreta, a construção e a aplicação de casos clínicos em diferentes momentos da formação.

Inicialmente, serão discutidos os princípios que sustentam o raciocínio clínico como eixo estruturante da prática médica, com a

GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

distinção entre os modos analítico e não analítico de pensar. Em seguida, será apresentada a Taxonomia de Bloom como matriz pedagógica capaz de organizar o desenvolvimento cognitivo do estudante, demonstrando como o pensamento médico evolui de níveis mais elementares, como lembrar e compreender, até níveis mais complexos, como analisar, avaliar e criar.

Na sequência, o guia se volta à dimensão aplicada do processo formativo, abordando a construção de casos clínicos como instrumento pedagógico central para o desenvolvimento do raciocínio clínico. Esses casos são concebidos não apenas como exercícios avaliativos, mas como simuladores cognitivos da prática médica, capazes de tornar explícito o processo de tomada de decisão e de acompanhar o estudante ao longo de toda a sua trajetória acadêmica.

A proposta pedagógica apresentada parte do princípio de que o raciocínio clínico não surge espontaneamente nem se desenvolve apenas por exposição passiva à prática assistencial. Ele precisa ser ensinado, treinado, observado e avaliado de forma deliberada, com intencionalidade pedagógica clara. O caso clínico, quando estruturado de maneira adequada, permite que o estudante percorra os diferentes níveis cognitivos, enfrente situações de incerteza, revise hipóteses, justifique decisões e reflita sobre seus próprios limites.

Ao longo do guia, demonstra-se que o mesmo fenômeno clínico pode acompanhar o estudante desde os períodos iniciais até o internato, sendo reinterpretado com níveis crescentes de complexida-

de cognitiva, clínica e ética. Dessa forma, o caso clínico deixa de ser um instrumento pontual e passa a constituir um fio condutor formativo, capaz de tornar visível o amadurecimento do raciocínio médico.

Essa perspectiva encontra consonância direta com as Diretrizes Curriculares Nacionais e com o atual modelo avaliativo do percurso formativo do estudante, especialmente o ENAMED (Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica), que privilegia a capacidade de interpretar situações clínicas, formular hipóteses, tomar decisões seguras e justificar condutas. O desenvolvimento sistemático do raciocínio clínico ao longo do curso contribui, portanto, para a formação de profissionais mais seguros, reflexivos e responsáveis, ao mesmo tempo em que fortalece o desempenho institucional em avaliações externas.

O que se apresenta a seguir, portanto, deve ser compreendido como um percurso integrado, no qual fundamentos conceituais, organização cognitiva, estratégias pedagógicas e exemplos clínicos se articulam em torno de um mesmo eixo: a formação do pensamento clínico. Trata-se de uma proposta que busca dar coerência ao processo formativo, aproximando ensino, prática e avaliação, e oferecendo ao docente instrumentos concretos para orientar o desenvolvimento progressivo da competência clínica.



NOTA IMPORTANTE

Este Guia foi concebido como instrumento de apoio na elaboração e condução de casos clínicos destinados, prioritariamente, ao desenvolvimento do raciocínio clínico analítico. Seu foco está na formação deliberada da capacidade de coletar dados, estruturar problemas, formular hipóteses, planejar investigações e tomar decisões fundamentadas.

É fundamental, entretanto, deixar claro que esse modelo não se aplica, em sua forma plena, às situações de urgência e emergência. Nesses cenários, não há espaço para hesitação prolongada, incerteza operacional ou análise extensa: a fisiologia do risco impõe decisões imediatas. Pensar “devagar” pode significar agir tarde demais.

O desenvolvimento do raciocínio clínico não analítico em cenários de alta gravidade deve ser contemplado por metodologias próprias, especialmente a simulação realística, que permite treinar o reconhecimento rápido, a tomada de decisão sob pressão e a coordenação de ações em ambiente controlado e seguro.

Este Guia, portanto, **não substitui o treinamento em emergência**. Ele o complementa, formando a base analítica sobre a qual se constrói, mais tarde, a competência de agir com rapidez, segurança e discernimento quando o tempo deixa de ser um aliado.

CAPÍTULO 1

RACIOCÍNIO CLÍNICO: FUNDAMENTO DA PRÁTICA MÉDICA



CAPÍTULO 1

RACIOCÍNIO CLÍNICO: FUNDAMENTO DA PRÁTICA MÉDICA

Objetivos do capítulo

1. Fundamentar o raciocínio clínico como eixo da prática médica.
2. Diferenciar os modelos analítico e não analítico.
3. Conectar essas teorias ao ensino por competências e à formação médica contemporânea.

O preparo de um estudante de Medicina para realizar uma consulta deve obedecer a um modelo claro, fundamentado em evidências e em conhecimento teórico, como já recomendavam Pendleton e colaboradores⁶, em 2003. A prática clínica deve ser observável — inclusive por meio de gravações — de modo a permitir análise, reflexão e avaliação.

Os mesmos autores afirmam que as tarefas da consulta médica estão definidas desde 1984 e já incorporam os conceitos atuais de Medicina Centrada na Pessoa⁷, que, embora fundamentais, não

⁶ David Pendleton, Theo Schofield, Peter Tate, Peter Havelock. A nova consulta, Porto Alegre: Artmed, 2011.

⁷ Moira Stewart; Judith Belle Brown et all. Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico. Ed. Artmed. 3ª ed. 2025

serão aqui aprofundados. Pela sua relevância, cabe aos docentes torná-los explícitos e compreensíveis para o estudante.

O ensino médico prático é influenciado por fatores externos importantes, como orçamentos limitados e o crescimento dos planos de saúde, que podem gerar conflitos entre as obrigações assistenciais dos médicos docentes, as necessidades de aprendizagem dos estudantes e o uso racional dos recursos. Entre esses fatores destaca-se o tempo diferenciado exigido para atender, cuidar, ensinar e aprender.

Nesse cenário, o raciocínio clínico emerge como um eixo estruturante capaz de integrar as tarefas da consulta médica ao processo de aprendizagem, orientando a formação básica do estudante em diferentes níveis. O raciocínio clínico permite articular teoria e prática.

Além de compreender e seguir etapas previamente definidas, o estudante precisa aprender como o médico pensa diante de um problema clínico: como formula hipóteses, interpreta dados, reconhece padrões e toma decisões em condições de incerteza.

- » O ensino da consulta deve favorecer o desenvolvimento de um pensamento clínico reflexivo, capaz de articular conhecimento biomédico, experiência profissional e valores do paciente — fundamentos da Medicina Centrada na Pessoa. Não pode restringir-se à execução técnica, comunicacional ou observacional.



No estudo do raciocínio clínico na prática cotidiana dos profissionais de saúde, duas grandes teorias se destacam:

1. Teoria analítica (estrutural ou processual)

O raciocínio clínico depende do conhecimento previamente adquirido, que gera hipóteses diagnósticas. É particularmente utilizado em casos atípicos ou complexos. Desenvolveu-se nos anos 1970, no contexto da psicologia cognitiva aplicada à medicina, sendo conhecido como método hipotético-dedutivo.

2. Teoria do raciocínio não analítico

Baseia-se em observações contemporâneas sobre como médicos experientes resolvem casos clínicos cotidianos, especialmente especialistas. A exposição repetida a situações clínicas gera “scripts de doenças” ou esquemas mentais armazenados na memória. Esse comportamento pode induzir o aluno inexperiente a supor que determinados conjuntos de sintomas conduzem sempre à mesma conduta, reduzindo o estímulo ao pensamento reflexivo.

RACIOCÍNIO CLÍNICO ANALÍTICO OU DEDUTIVO

A teoria do raciocínio clínico analítico constitui uma abordagem pedagógica fundamental, particularmente após os estudos de Els-



tein, Shulman e Sprafka⁸, que evidenciaram que o raciocínio médico não se organiza como um processo puramente dedutivo⁹, mas como uma sequência de etapas cognitivas analisáveis, nas quais hipóteses são progressivamente formuladas, testadas e refinadas à luz dos dados clínicos.

No Brasil, o trabalho pioneiro de A. Réa-Neto¹⁰ representou um divisor de águas ao explicitar a importância do raciocínio clínico no ensino médico. O autor destacou que a eficiência do atendimento depende essencialmente da análise e síntese dos dados clínicos, permitindo decisões de melhor qualidade e maior compreensão de riscos e benefícios, tanto dos testes diagnósticos quanto do tratamento. Esse é o cerne do raciocínio médico.

O raciocínio clínico constitui, portanto, um processo inerente à atividade médica, presente em qualquer consulta, ambiente ou tempo. Trata-se de uma função essencial da prática profissional.

É evidente que o desempenho médico não pode ser satisfatório quando as habilidades de raciocínio são deficientes.

⁸ Post DL. Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning. Book review: Bull N Y Acad Med. 1979 Oct;55(9):886–7. PMID: PMC1807707. Acesso em 08/12/2025.

⁹ Na lógica dedutiva a conclusão deriva necessariamente das premissas apresentadas, focando na estrutura do argumento. Não trabalha com as probabilidades (pensamento indutivo).

¹⁰ A. Réa-Neto. Rev Ass Med Brasil 1988; 44(4): 301-11



GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

O processo descrito por Réa-Neto pode ser dividido em fases:

- **Fase 1:** contato inicial com o paciente e coleta de dados — identificação, anamnese e exame físico.
- **Fase 2:** análise e síntese das informações, com formulação de hipóteses diagnósticas.
- **Fase 3:** elaboração de um plano de testes diagnósticos e proposta terapêutica.
- **Fase 4:** interpretação dos resultados e validação ou refutação das hipóteses.

Para o ensino da Medicina, considerando que o aluno é simultaneamente inexperiente e convocado a agir como profissional, a teoria processual ou analítica é a mais indicada, pois trata o aprendizado como processo observável, avaliável e mensurável.

A proposta de Réa-Neto apresenta clara influência do método hipotético-dedutivo descrito por Popper¹¹ dialoga diretamente com o método hipotético-dedutivo de Popper, estruturado em quatro etapas:

1. Diante de um problema, formula-se uma hipótese.
2. Realizam-se testes com potencial de refutação.
3. Se os resultados refutarem a hipótese, ela é eliminada.
4. Se não a refutarem, ela é corroborada.

¹¹ Método crítico de tentativa e erro (ou método hipotético-dedutivo) descrito por Karl Popper em “A Lógica da Pesquisa Científica”, publicada originalmente em alemão em 1934.

Hipótese é uma afirmação provisória sobre uma situação, que pode ser verdadeira ou falsa e, portanto, carrega incerteza. Um problema clínico costuma gerar múltiplas hipóteses — geralmente entre três e cinco —, em consonância com os limites da memória de trabalho humana. O docente não deve exigir mais hipóteses porque a nossa “memória de trabalho” não comporta¹² simultaneamente um número maior.

A testagem das hipóteses, em Medicina, ocorre por meio de exames complementares laboratoriais, de imagem, funcionais ou patológicos.

O método analítico é fundamental porque permite ao aluno desenvolver um processo cognitivo estruturado, passível de ensino, treinamento e avaliação. Ele favorece a formulação racional de hipóteses, a escolha criteriosa de exames e a tomada de decisões justificadas.

Entretanto, por ser mais lento, apresenta baixa performance em cenários rápidos e complexos, como urgências e emergências.

RACIOCÍNIO CLÍNICO NÃO ANALÍTICO

O raciocínio clínico não analítico corresponde à capacidade de reconhecer padrões clínicos de forma rápida e eficiente, mobilizando

¹² Morra, S., Patella, P., & Muscella, L. (2024). Modelling Working Memory Capacity: Is the Magical Number Four, Seven, or Does it Depend on What You Are Counting? *Journal of Cognition*, 7(1): 60, pp. 1–32. DOI: <https://doi.org/10.5334/joc.387>

conhecimentos consolidados e experiências anteriores para orientar decisões imediatas, especialmente em situações de urgência, emergência e, também está presente na prática especializada.

Nesses contextos, o profissional frequentemente depende de protocolos que devem ser prontamente aplicados. O estudante deve ser progressivamente introduzido a esse modo de pensar, baseado no reconhecimento de padrões.

O raciocínio não analítico não se opõe ao analítico; ambos constituem componentes essenciais da competência médica. Ele deve ser desenvolvido de forma progressiva, supervisionada e integrada à reflexão analítica e à metacognição.

É fundamental enfatizar que o raciocínio não analítico:

- Não é improvisação;
- Depende de base cognitiva sólida, com os níveis iniciais de bloom consolidados;
- Exige metacognição¹³ ativa para evitar vieses;
- É ensinável, observável e avaliável (simulação, osce, emergência).
- Essa teoria explica o comportamento de médicos especialistas e profissionais experientes.

¹³ Capacidade de pensar sobre o próprio pensamento. Habilidade de monitorar, regular e refletir sobre os próprios processos cognitivos (como aprender, lembrar, resolver problemas).



CONCLUSÃO

O raciocínio clínico constitui o pilar que conecta disciplinas, projetos, oficinas e atividades do currículo médico, permitindo a formação integral do estudante por meio de experiências práticas e significativas. Pode ser o eixo estruturante do ensino por competências em Medicina.

Cada situação de ensino converte-se em experiência formativa, desenvolvendo raciocínio clínico, comunicação, julgamento ético e integração entre ciência e pessoa.

O raciocínio clínico não limita o estudante ao diagnóstico ou aos exames; obriga-o a pensar no paciente, com o paciente e para o paciente, favorecendo a Medicina Centrada na Pessoa.

O raciocínio médico alterna e integra processos analíticos e não analíticos.

Enquanto o raciocínio analítico sustenta a construção consciente de hipóteses, o raciocínio não analítico permite respostas rápidas baseadas em padrões, essenciais em urgência, emergência e prática especializada.

A competência clínica reside na capacidade de transitar conscientemente entre esses modos de pensar.

Uma afirmação fortemente ancorado em uma tradição bem estabelecida na literatura sobre raciocínio clínico estabelece que:

- » “O método analítico é superior na fase inicial da formação médica por estruturar o pensamento, promover metacognição e reduzir erros por impulsividade. Entretanto, a expertise clínica plena emerge da integração progressiva entre o raciocínio analítico e o reconhecimento intuitivo de padrões.”

CAPÍTULO 2

A TAXONOMIA DE BLOOM REVISITADA - MATRIZ DO RACIOCÍNIO CLÍNICO



CAPÍTULO 2

A TAXONOMIA DE BLOOM REVISITADA - MATRIZ DO RACIOCÍNIO CLÍNICO

Não basta construir um bom caso clínico para desenvolver um bom raciocínio clínico. Na formação médica — e também na preparação para exames como ENAMED e ENARE — exige-se mais do que o simples acúmulo de informações.

Desenvolver raciocínio clínico demanda um pensamento disciplinado e estruturado, capaz de transformar conhecimento em decisão segura, ética e humanizada.

A disciplina do pensamento tem recebido crescente atenção de neurocientistas, que demonstram, em diferentes estudos, a importância do treinamento sistemático de habilidades cognitivas específicas. Esse treinamento favorece um pensar intencional e consciente, em vez de um pensamento automático e meramente reativo.

Entre as habilidades a serem treinadas destacam-se: a atenção focada e o controle das distrações; o monitoramento das próprias ideias por meio da metacognição; a capacidade de planejar, refletir e revisar raciocínios; o controle da impulsividade mental; o pensamento crítico e analítico; e a prática deliberada aliada à autorreflexão.



O desenvolvimento do raciocínio clínico no ensino médico pressupõe mais do que a aquisição progressiva de conhecimentos. Requer a formação de uma disciplina mental que permita ao estudante regular sua atenção, monitorar hipóteses, revisar julgamentos e reconhecer limites cognitivos. Essa disciplina do pensamento, sustentada por funções executivas e metacognição, constitui um eixo estruturante da aprendizagem clínica e da formação médica orientada por competências.

- » A **mente disciplinada** não pensa por impulso: ela vigia, revisa e escolhe seus caminhos. A atenção, a metacognição e a reflexão contínua transformam o pensamento automático em decisão consciente e segura.
- » No raciocínio clínico, não basta pensar: é preciso aprender a pensar. A disciplina mental — atenção, análise e reflexão deliberada — sustenta decisões conscientes e éticas.

O desenvolvimento integrado dessas habilidades fortalece a qualidade do raciocínio e promove uma postura cognitiva mais ativa, vigilante e orientada para decisões mais seguras e fundamentadas. Essa postura constitui atributo essencial na formação e na prática médica, incluindo tanto a atuação profissional quanto o desempenho em avaliações acadêmicas e, particularmente, em exames nacionais como o ENAMED e o ENARE.

Nesse contexto, a Taxonomia de Bloom oferece um alicerce pedagógico poderoso ao organizar a aprendizagem em níveis progressivos — da recordação e compreensão à aplicação, análise, avaliação e criação — permitindo que o estudante desenvolva competências de forma ativa, reflexiva e integrada.

O raciocínio clínico inicia-se com a coleta de dados e o exame físico, segue-se pela formulação de hipóteses diagnósticas, pela solicitação de testes, pela análise dos resultados e pela confirmação ou exclusão das hipóteses, culminando na definição da conduta, que inclui intervenções medicamentosas e não medicamentosas.

A realização dessas etapas faz com que o aluno percorra, de modo funcional, os níveis cognitivos da taxonomia de Bloom ao longo do processo:

- **Identificação do paciente** – recorda e compreende a importância dos dados pessoais e dos fundamentos epidemiológicos, reconhecendo a centralidade da pessoa no cuidado.
- **Coleta da história (ou leitura do caso escrito)** – recorda e compreende sinais e sintomas; aplica técnicas de coleta; interpreta o tempo de início, a forma de aparecimento, intercorrências e tratamentos; utiliza protocolos simples para investigar manifestações comuns das doenças.

- **Realização do exame físico** – desenvolve bases cognitivas, motoras e afetivas; recorda, compreende e aplica fundamentos anatômicos, fisiológicos e anatomopatológicos; integra habilidades motoras e cognitivas; reconhece o indivíduo (ou sua representação em manequim) como um ser integral.
- **Formulação de hipóteses diagnósticas e diferenciais** – etapa analítica que ativa pensamento disciplinado: formula hipóteses, compara cenários, identifica padrões e reconhece vieses; constitui exercício contínuo de organização mental.
- **Verificação de hipóteses** – avalia resultados, compara com padrões de normalidade, julga evidências, refina capacidade crítica e justifica condutas.
- **Elaboração de planos diagnóstico e terapêutico** – representa o nível mais elevado da taxonomia: o aluno cria um programa individualizado para o paciente, orientado por princípios éticos e de segurança, integrando conhecimentos cognitivos, habilidades motoras e dimensões afetivas, em consonância com a Medicina Centrada na Pessoa.

Ao valorizar Bloom na prática clínica, o docente reconhece que o pensamento médico não nasce pronto: ele precisa ser treinado, disciplinado e cultivado.



GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Desafiar o estudante a pensar com rigor implica ensiná-lo a revisar seus raciocínios, sustentar decisões com argumentos válidos e reconhecer limites cognitivos. Assim, o docente promove uma formação médica mais sólida, consciente e capaz de responder às demandas reais da prática em saúde.

O objetivo não é apenas resolver casos: é aprender a pensar como médico, com profundidade, responsabilidade e humanidade.

- » Ao utilizar a estratégia do caso clínico integrada ao método da Medicina Centrada na Pessoa, e fundamentar o processo em um pensamento disciplinado orientado pela progressão cognitiva vertical da Taxonomia de Bloom — na qual lembrar e reconhecer constituem a base necessária para aplicar, analisar, avaliar e criar — estabelece-se uma base sólida para o ensino da Medicina.

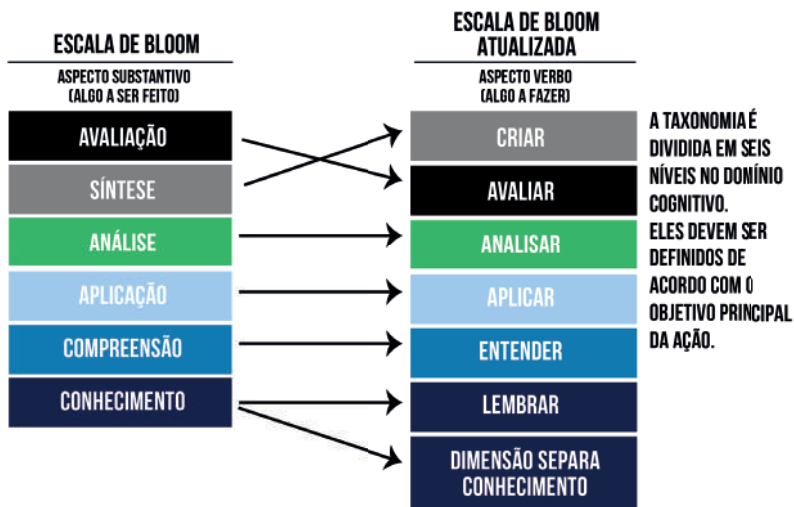
A Taxonomia de Bloom foi atualizada em 2001 por Lorin Anderson e David Krathwohl¹⁵, com o objetivo de torná-la mais dinâmica e adequada às práticas educacionais contemporâneas (Quadro 2.1).

¹⁵ Ferraz, APCM; Belhot, RV. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. Gest. Prod., São Carlos, v. 17, n. 2, p. 421-431, 2010.
<https://www.scielo.br/j/gp/a/bRkFgcJqbGCDp3HjQqFdqBm/abstract/?lang=pt>. Acesso em 17/12/2025



CAPÍTULO 2 . A TAXONOMIA DE BLOOM REVISADA

Quadro 1 – Comparação entre a taxonomia de Bloom original e a atualizada/revisada



A versão original utilizava substantivos (Conhecimento, Compreensão, Aplicação, Análise, Síntese, Avaliação). A versão revisada adota verbos de ação (Lembrar, Compreender, Aplicar, Analisar, Avaliar, Criar), enfatizando a participação ativa do aluno no processo de aprendizagem.

Outra modificação relevante foi a substituição do nível “Síntese” por “Criar”, conferindo ênfase à capacidade de gerar algo novo como forma mais complexa de pensamento.

Diversos verbos caracterizam cada nível da taxonomia. Na elaboração de comandos instrucionais e avaliativos, recomenda-se utili-

GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

zar os verbos clássicos associados a cada nível cognitivo, conforme exemplificado no Quadro 2.2, no qual os níveis estão dispostos do mais elementar ao mais complexo.

Quadro 2.2 – Estrutura Cognitiva da Aprendizagem (Taxonomia de Bloom atualizada)

NÍVEL COGNITIVO	OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM EM CLÍNICA MÉDICA (PROPEDEÚTICA E RACIOCÍNIO CLÍNICO)
1. LEMBRAR (RECORDAR FATOS, TERMOS, SINAIS, LISTAS)	- ENUMERAR ETAPAS DA ANAMNESE E DO EXAME FÍSICO - IDENTIFICAR SINAIS CLÍNICOS CLÁSSICOS DE DOENÇAS PREVALENTES - RECONHECER TERMINOLOGIA SEMIOLÓGICA CORRETA - RECONHECER SONS (EX.: SONS RESPIRATÓRIOS)
2. COMPREENDER (EXPLICAR, RESUMIR, INTERPRETAR)	- EXPLICAR O SIGNIFICADO FISIOPATOLÓGICO DE UM ACHADO CLÍNICO - RELACIONAR SINTOMAS COM MECANISMOS SUBJACENTES - TRADUZIR LINGUAGEM TÉCNICA PARA COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE
3. APLICAR (USAR O CONHECIMENTO EM SITUAÇÕES REAIS)	- REALIZAR CORRETAMENTE A ANAMNESE E O EXAME FÍSICO DIRIGIDO - APLICAR PROTOCOLOS CLÍNICOS SIMPLES (DISPNEIA, DOR TORÁCICA, FEBRE) - ORGANIZAR DADOS CLÍNICOS EM UMA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA INICIAL
4. ANALISAR (DIFERENCIAR, ORGANIZAR, INFERIR)	- COMPARAR HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS ALTERNATIVAS - DISCRIMINAR ACHADOS RELEVANTES E IRRELEVANTES - RELACIONAR SINAIS COM PADRÕES SINDRÔMICOS
5. AVALIAR (JULGAR, JUSTIFICAR, PRIORIZAR)	- JULGAR A COERÊNCIA DE UMA HIPÓTESE FRENTE A NOVOS DADOS - ARGUMENTAR DECISÕES DIAGNÓSTICAS E CONDUTAS INICIAIS - IDENTIFICAR LIMITAÇÕES DO PRÓPRIO RACIOCÍNIO
6. CRIAR (ELABORAR, COMBINAR, PROPOR)	- FORMULAR PLANO DIAGNÓSTICO INDIVIDUALIZADO - REDIGIR RELATÓRIOS CLÍNICOS INTEGRADOS - PROPOR HIPÓTESES EXPLICATIVAS INOVADORAS EM CASOS ATÍPICOS

CAPÍTULO 3

A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO PARA DESENVOLVER O RACIOCÍNIO CLÍNICO ANALÍTICO



CAPÍTULO 3

A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO PARA DESENVOLVER O RACIOCÍNIO CLÍNICO ANALÍTICO

De forma sintética, o raciocínio clínico pode ser compreendido como um processo que, embora frequentemente representado de modo linear — como no modelo proposto por Réa-Neto —, possui natureza dinâmica e, em muitos momentos, circular. A anamnese pode ser retomada durante o exame físico, assim como novos achados podem exigir revisões sucessivas das hipóteses iniciais.

Para fins didáticos, o processo pode ser apresentado de modo linear:

1 – Problema clínico; 2 – Hipóteses diagnósticas; 3 – Testagem das hipóteses; 4 – Resolução do problema

Cada etapa pode ser assim definida:

1. Problema clínico

Corresponde à situação de saúde apresentada pelo paciente e que demanda diagnóstico e conduta. É definido a partir do conjunto de dados obtidos por meio da anamnese e do exame físico.

2. Hipóteses diagnósticas

Uma vez identificado o problema, o estudante deve aplicar seus conhecimentos para interpretar os dados e elaborar hipóteses diagnósticas, que serão testadas por meio de exames complementares. Nesse momento, é fundamental que o aluno caracterize a situação clínica: doença aguda ou crônica, crônica agudizada, necessidade ou não de intervenção imediata, gravidade e risco.

3. Testagem das hipóteses

A testagem ocorre quando o aluno propõe os procedimentos diagnósticos complementares. Ele deve ser capaz de justificar a relevância de cada exame, compreendendo que tais recursos não substituem a avaliação clínica. Devem ser considerados riscos, custos, benefícios e impacto sobre a conduta.

4. Resolução do problema

De posse dos dados clínicos e dos resultados dos exames, o estudante elabora o planejamento terapêutico, que pode incluir mudanças de estilo de vida, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, além do seguimento.

O tempo destinado ao exercício é definido pelo docente. Em atividades simuladas, ele é pedagógico; na prática real, é determinado pelas circunstâncias clínicas.



GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Uma súmula que sintetiza as ações propostas por Réa-Neto encontra-se no Quadro 3.1, relacionando etapas, ações, níveis da Taxonomia de Bloom e estratégias educacionais.

Quadro 3.1 - Súmula da integração das ações, da taxonomia e da estratégia

ETAPAS CONFORME RÉA-NETO AÇÃO	PROBLEMA CLÍNICO	HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS	TESTES	RESULTADOS
AÇÃO	COLHER DADOS - ANAMNESE - EXAME FÍSICO	ELABORAR HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS	SOLICITAR EXAMES COMPLEMENTARES	ANALISAR RESULTADOS
TAXONOMIA DOS OBJETIVOS DE BLOOM	DOMÍNIO COGNITIVO - LEMBRAR - COMPREENDER - APLICAR DOMÍNIO PSICOMOTOR - EXAME FÍSICO	DOMÍNIO COGNITIVO - ANALISAR - AVALIAR	DOMÍNIO COGNITIVO - ANALISAR - AVALIAR	DOMÍNIO COGNITIVO - ANALISAR - AVALIAR - CRIAR DOMÍNIO AFETIVO
ESTRATÉGIA EDUCACIONAL	- ENUMERAR ETAPAS DA ANAMNESE - IDENTIFICAR SINAIS CLÍNICOS - RECONHECER TERMINOLOGIA PRÓPRIA	JUSTIFICAR HIPÓTESES	SOLICITAR EXAMES EM DOCUMENTOS ESPECÍFICOS	- FORMULAR PLANO DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL - REDIGIR RELATÓRIOS - PROPOR MEV - ELABORAR PLANO DE SEGUIMENTO

CAPÍTULO 3 . A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO PARA DESENVOLVER O RACIOCÍNIO CLÍNICO ANALÍTICO

É possível decompor a figura proposta por Réa-Neto sem alterar seus princípios fundamentais, detalhando cada momento do processo didático.

Primeiro momento – Identificação do problema clínico

O aluno colhe a história do paciente em situações simuladas ou lê o caso quando este é apresentado por escrito. Segue-se o exame físico, que pode ser realizado em manequim. Trata-se da fase de coleta de dados que configuram o problema clínico. O estudante mobiliza níveis elementares da Taxonomia de Bloom — lembrar, compreender e aplicar —, além do domínio psicomotor, inerente ao exame físico.

Segundo momento – Formulação de hipóteses diagnósticas

Corresponde à etapa analítica central. O estudante formula hipóteses, compara cenários, identifica padrões e reconhece vieses. Ativa níveis de análise e avaliação, além de retomar memória, compreensão e aplicação. Quando o comando exige classificar o caso como urgente, grave ou eletivo, pode haver incursões em níveis mais elevados da taxonomia. A justificativa do raciocínio é indispensável.

Terceiro momento – Programação de testes

A solicitação de exames também envolve análise e avaliação. O aluno deve justificar cada escolha, demonstrando coerência entre hipóteses e estratégias diagnósticas.



Quarto momento – Interpretação dos resultados e decisão

Nesta etapa, o estudante alcança os níveis mais elevados do domínio cognitivo. Ele se defronta com duas possibilidades:

1. Hipótese falsa – a hipótese não se confirma.

O aluno deve retornar ao problema clínico, complementar a história, formular novas perguntas, rever o exame físico ou explorar achados não valorizados.

2. Hipótese verdadeira – o diagnóstico se confirma.

O estudante passa a definir:

a. Conduta não medicamentosa, considerando:

- gravidade e risco à vida (ex.: IAM, câncer avançado);
- necessidade de internação, encaminhamento ou seguimento ambulatorial;
- implicações éticas (ex.: comunicação de diagnóstico sensível).

b. Prescrição medicamentosa, dentro dos limites estabelecidos pelo docente.

c. Mudanças de estilo de vida.

d. Tratamento clínico ou cirúrgico.

e. Outras intervenções, conforme o nível do aluno no curso.

Essa estrutura permite que o caso clínico se torne um verdadeiro laboratório cognitivo, no qual o estudante aprende a pensar de forma organizada, crítica e progressiva, desenvolvendo o raciocínio clínico analítico como fundamento de sua competência profissional.

CAPÍTULO 4

A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO PARA DESENVOLVER O RACIOCÍNIO CLÍNICO NÃO ANALÍTICO





CAPÍTULO 4

A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO PARA DESENVOLVER O RACIOCÍNIO CLÍNICO NÃO ANALÍTICO

Objetivo do raciocínio clínico não analítico:

Desenvolver a capacidade de reconhecer rapidamente padrões clínicos e tomar decisões seguras, mobilizando conhecimentos consolidados e experiências previamente adquiridas, especialmente em situações de urgência, risco ou alta complexidade, nas quais o tempo e a gravidade exigem ação imediata.

A construção de casos clínicos voltados ao desenvolvimento desse tipo de raciocínio articula-se diretamente aos eixos estruturantes das DCN 2025, ao exigir a mobilização integrada de conhecimentos, habilidades e atitudes em contextos reais de cuidado.

O raciocínio clínico não analítico, particularmente em situações de urgência, emergência e risco à vida, sustenta competências relacionadas ao cuidado integral e centrado na pessoa, à tomada de decisão clínica segura, à responsabilidade ética, ao trabalho em equipe e à resposta efetiva às demandas do sistema de saúde.

O ensino intencional desse modo de pensar contribui para a formação de um médico crítico, resolutivo e socialmente comprometido, capaz de reconhecer padrões clínicos e decidir com rapidez e se-

CAPÍTULO 4. A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO PARA DESENVOLVER O RACIOCÍNIO CLÍNICO NÃO ANALÍTICO

gurança, em consonância com os princípios avaliativos contemporâneos, incluindo o ENAMED.

Dentro de um currículo médico baseado em competências, esses casos são especialmente relevantes para estudantes com experiências clínicas previamente consolidadas. Traduzem a capacidade de reconhecer padrões e agir com segurança sob pressão, resultado de treinamento deliberado, exposição repetida a situações clínicas e feedback qualificado. Esse processo deve ser continuamente calibrado pelo raciocínio analítico, a fim de prevenir vieses cognitivos.

O objetivo do caso, o formato do estímulo e o tipo de resposta esperada diferem daqueles utilizados para o raciocínio analítico. O caso deve simular situações reais em que o estudante reconhece padrões, em vez de seguir, passo a passo, uma sequência explícita de análise hipotético-dedutiva.

» Raciocínio não analítico não é “chute”. É o produto de exposição sistemática, consolidação de esquemas mentais e treino supervisionado.

Por essa razão, tais casos são particularmente adequados para:

- estudantes em fases mais avançadas do curso;
- ambientes de simulação realística;
- discussão guiada por preceptores experientes;
- cenários de emergência, UTI e especialidades.

GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

- » O raciocínio clínico não analítico não substitui o pensamento crítico. Ele resulta de treinamento deliberado, exposição repetida e feedback qualificado, devendo ser permanentemente calibrado pelo raciocínio analítico para evitar vieses.

Características essenciais para a criação do caso

- Informação incompleta, porém, suficiente.
 - Presença de estímulos dominantes que se destaquem rapidamente.
 - Pressão de tempo ou risco iminente.
 - Necessidade de decisão imediata.
 - Ênfase em “o que isso parece?” mais do que em “por que isso acontece?”.
- » O estudante é conduzido a reconhecer, antecipar e agir, e não a listar hipóteses extensas.

Estrutura pedagógica e enunciado mínimo do caso

1. Contexto clínico rápido

- Local: emergência, UTI, ambulatório de especialidade.
- Situação: chegada súbita, piora abrupta, intercorrência crítica.

2. Pistas clínicas dominantes

- Três a cinco achados altamente sugestivos.
- Evitar excesso de dados laboratoriais.



3. Elemento de urgência ou gravidade

- Instabilidade, risco vital, deterioração rápida.

PERGUNTA-CHAVE

Deve ser voltada à ação ou decisão imediata, por exemplo:

“Sem solicitar exames complementares neste momento, qual o diagnóstico mais provável e qual a conduta imediata?”

GABARITO AVALIATIVO

- Reconhecimento adequado do quadro.
- Coerência entre o padrão identificado e a decisão tomada.
- Segurança e prioridade da conduta.
- Capacidade de verbalizar o raciocínio implícito (“isso me parece...”).

» Os casos clínicos para o desenvolvimento do raciocínio não analítico devem ser aplicados com complexidade crescente, sempre alinhados à prática real — emergência, especialidade, situações de risco.

O progresso do estudante é avaliado pela qualidade do reconhecimento de padrões sob pressão. Propõe-se uma escala evolutiva por meio de casos sucessivos:

Caso 1 – Iniciação ao reconhecimento de padrões:

- Baixa ambiguidade; estímulo dominante muito evidente.

Caso 2 – Consolidação com interferências:

- Inclusão de novos dados (exame físico, oximetria, história de viagem, queda).

Caso 3 – Urgência com decisão imediata:

- Situações com janela terapêutica definida (IAM, AVC).

Caso 4 – Alta complexidade e risco vital:

- Sinais de deterioração iminente, como parada cardiorrespiratória.

Caso 5 – Nível de expertise:

- Casos destinados a residentes, exigindo reconhecimento precoce, antecipação de deterioração e aplicação imediata de condutas protocoladas.

Essa progressão permite que o estudante construa, de forma segura e supervisionada, a competência de reconhecer padrões clínicos críticos e agir com precisão, integrando rapidez decisória, responsabilidade ética e cuidado centrado na pessoa.



CAPÍTULO 5

INTEGRAÇÃO CONCEITUAL E ALINHAMENTO COM O ENAMED: DO RACIOCÍNIO CLÍNICO À PRÁTICA COM CASOS





CAPÍTULO 5

INTEGRAÇÃO CONCEITUAL E ALINHAMENTO COM O ENAMED: DO RACIOCÍNIO CLÍNICO À PRÁTICA COM CASOS

Ao longo dos capítulos anteriores, foi construída uma base conceitual que situa o raciocínio clínico como eixo estruturante da formação médica contemporânea, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais e com a matriz de competências avaliadas no ENAMED. Conforme já apresentado, a competência médica não se limita ao acúmulo de conhecimentos, mas corresponde à capacidade de mobilizar saberes, habilidades e atitudes para resolver problemas reais de saúde, com responsabilidade ética e visão integral do cuidado.

Esse entendimento orienta a proposta pedagógica deste guia e justifica a centralidade do raciocínio clínico como método formativo e avaliativo, tanto no currículo quanto nos exames nacionais. O ENAMED, ao avaliar competências clínicas integradas, exige do estudante muito mais do que memorização de conteúdos: demanda capacidade de interpretar situações, formular hipóteses, tomar decisões seguras e justificar condutas, em contextos clínicos realistas.

5.1 Síntese dos fundamentos apresentados

Nos capítulos iniciais, o raciocínio clínico foi apresentado como o núcleo da prática médica, estruturando a consulta, a tomada de decisão e a integração entre ciência, técnica e valores humanos. Foram diferenciados dois modos complementares de pensar:

- o raciocínio clínico analítico, baseado na formulação e testagem de hipóteses, adequado ao processo formativo e aos casos complexos;
- o raciocínio clínico não analítico, fundamentado no reconhecimento de padrões, típico da prática experiente e essencial em situações de urgência e emergência.

Essa integração entre modos de pensar constitui o cerne da competência clínica. O estudante inicia sua formação estruturando o pensamento por meio do raciocínio analítico e, progressivamente, incorpora a rapidez decisória do reconhecimento de padrões, calibrada pela reflexão crítica.

No capítulo seguinte, a Taxonomia de Bloom foi apresentada como matriz pedagógica para organizar o desenvolvimento do raciocínio clínico, demonstrando que o pensamento médico percorre níveis cognitivos progressivos — de lembrar e compreender até analisar, avaliar e criar. Assim, o raciocínio clínico não é apenas conteúdo, mas um processo cognitivo treinável, mensurável e avaliável.

GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Os capítulos 3 e 4, por sua vez, detalharam a construção de casos clínicos como instrumento pedagógico para desenvolver, respectivamente, o raciocínio analítico e o não analítico. Demonstrou-se que o caso clínico pode funcionar como um verdadeiro laboratório cognitivo, no qual o estudante aprende a:

- organizar dados clínicos;
- formular e hierarquizar hipóteses;
- selecionar exames de forma racional;
- tomar decisões terapêuticas seguras;
- refletir sobre o próprio processo de raciocínio.

Esse processo, quando estruturado pedagogicamente, permite que o estudante percorra todos os níveis da Taxonomia de Bloom dentro de uma única experiência clínica, transformando o caso em um simulador cognitivo da prática médica.

5.2 Alinhamento com as competências do ENAMED

O ENAMED avalia o estudante a partir de situações clínicas que exigem integração entre conhecimento, julgamento clínico, tomada de decisão e responsabilidade ética. O foco da avaliação desloca-se do acerto isolado para a qualidade do processo de raciocínio. Nesse sentido, os princípios apresentados neste guia dialogam diretamente com as competências avaliadas no exame, entre as quais se destacam:

CAPÍTULO 5 . INTEGRAÇÃO CONCEITUAL E ALINHAMENTO COM O ENAMED

- clínica centrada na pessoa;
- tomada de decisão baseada em evidências;
- raciocínio clínico estruturado;
- responsabilidade ética e profissional;
- trabalho em equipe e comunicação;
- uso racional de recursos diagnósticos e terapêuticos.

A utilização de casos clínicos estruturados, com descritores avaliativos formativos, permite que o docente avalie o processo de tomada de decisão clínica e não apenas o resultado final, o que está explicitamente alinhado às diretrizes das DCNs e do ENAMED.

Assim, o estudante passa a ser acompanhado longitudinalmente em sua progressão cognitiva, permitindo identificar:

- fragilidades no raciocínio;
- vieses cognitivos;
- dificuldades de integração de dados;
- problemas de tomada de decisão.

Esse acompanhamento favorece a construção de uma competência clínica sólida, refletida tanto na prática profissional quanto no desempenho em exames nacionais.



5.3 Impacto formativo: aprendizagem efetiva e trajetória de sucesso

Quando o raciocínio clínico é tratado como eixo pedagógico explícito do currículo, o processo de aprendizagem torna-se mais intencional, progressivo e significativo. O estudante deixa de ser um receptor de informações fragmentadas e passa a ser protagonista de um percurso formativo orientado por decisões clínicas.

Essa abordagem produz três efeitos principais:

1. Aprendizagem mais profunda

O estudante não apenas memoriza conteúdos, mas aprende a organizar o pensamento, justificar decisões e reconhecer limites cognitivos.

2. Maior segurança clínica

O treino sistemático do raciocínio reduz decisões impulsivas e favorece condutas mais seguras e coerentes.

3. Melhor desempenho em avaliações nacionais

Ao se familiarizar com situações clínicas complexas e com o raciocínio explícito, o estudante desenvolve competências diretamente alinhadas às exigências do ENAMED.

Desse modo, o desempenho institucional deixa de depender apenas de estratégias pontuais de preparação para provas e passa a ser consequência natural de um currículo orientado por competências clínicas reais.



Cursos que adotam metodologias estruturadas de desenvolvimento do raciocínio clínico tendem a apresentar:

- maior coerência curricular;
- melhor integração entre os conteúdos;
- acompanhamento longitudinal do estudante;
- resultados mais consistentes em avaliações externas.

O desempenho no ENAMED, nesse cenário, torna-se expressão de um projeto pedagógico sólido, e não apenas resultado de treinamentos isolados.

5.4 A passagem para os casos clínicos: da teoria à prática

Os capítulos anteriores forneceram os fundamentos conceituais, cognitivos e pedagógicos necessários para compreender o raciocínio clínico como competência central da formação médica.

A partir deste ponto, o guia avança para sua dimensão aplicada: a apresentação de exemplos concretos de casos clínicos, organizados conforme diferentes níveis de complexidade e momentos do curso.

Essa transição marca a passagem:

- do conceito para a aplicação;
- da teoria cognitiva para a prática pedagógica;
- da estrutura do raciocínio para o exercício do raciocínio.

GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Os casos clínicos que serão apresentados a seguir não devem ser entendidos apenas como instrumentos de avaliação, mas como dispositivos formativos, capazes de:

- tornar visível o processo de pensamento do estudante;
- estimular a reflexão clínica;
- desenvolver autonomia progressiva;
- consolidar competências alinhadas ao ENAMED.

Assim, o leitor é convidado a percorrer os exemplos clínicos não como modelos fechados, mas como estruturas pedagógicas adaptáveis, que podem ser utilizadas em diferentes momentos do curso, com complexidade crescente.

O caso clínico, nesse contexto, deixa de ser apenas um exercício didático e passa a constituir o fio condutor do desenvolvimento do raciocínio médico ao longo de toda a formação.

É a partir desse ponto que o raciocínio clínico deixa de ser apenas um conceito e passa a se tornar experiência formativa concreta — primeiro no ambiente pedagógico e, progressivamente, na prática real do cuidado.



PARTE 2

COMPLEMENTOS

C1. AVALIAÇÃO — COMANDO OU DESCRITOR AVALIATIVO

C2. CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA OS PRIMEIROS

PERÍODOS DO CURSO DE MEDICINA

C3. CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA TBL — PERÍODOS INICIAIS

C4. EXEMPLO DE CASO CLÍNICO PARA TBL - PERÍODOS INICIAIS

(PARA DESENVOLVIMENTO DE RACIOCÍNIO CLÍNICO)

C5. CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA TBL NO

PRÉ-INTERNATO DO CURSO DE MEDICINA

C6. CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA ALUNOS DO INTERNATO

C7. EXEMPLO CASO CLÍNICO PARA O INTERNATO — RELEITURA PROGRESSIVA

C1 - AVALIAÇÃO – COMANDO OU DESCRITOR AVALIATIVO

1. Comando ou descritor avaliativo?

- » **COMANDO** - é a instrução pontual que orienta o estudante sobre o que responder em um item avaliativo.

Ele responde essencialmente a: “**O que o estudante deve fazer agora?**”

Do ponto de vista pedagógico, o comando:

- É necessário, mas;
- É operacional;
- É limitado ao item.

Não explicita como o raciocínio será avaliado. Ele apenas orienta o estudante.

- » **DESCRITOR AVALIATIVO** - explicita qual desempenho cognitivo-clínico está sendo observado, como ele se manifesta e em que nível de qualidade.

Ele responde a perguntas mais profundas:

- Que aspecto do raciocínio clínico está sendo avaliado?
- Como reconhecer um desempenho adequado, insuficiente ou avançado?
- O que diferencia níveis de competência?



O descritor orienta o docente, o feedback e a aprendizagem.

Quadro 1 – Síntese comparativa entre “comando” e “descritor avaliativo”

COMANDO DA QUESTÃO	DESCRITOR AVALIATIVO
INSTRUI A RESPONDER	DEFINE O DESEMPENHO ESPERADO
PONTUAL	ESTRUTURANTE
CENTRADO NA TAREFA	CENTRADO NA COMPETÊNCIA
AVALIA PRODUTO	AVALIA PROCESSO
IMPLÍCITO QUANTO AO RACIOCÍNIO DO ALUNO, PORQUE O RESULTADO DEPENDE DO QUE O ALUNO COMPREENDEU DO ENUNCIADO	EXPLÍCITO QUANTO AO RACIOCÍNIO, PORQUE O QUE É COBRADO DO ALUNO ESTÁ CLARO E EXPLICITADO NO ENUNCIADO
TRADICIONAL	ALINHADO ÀS DCNS E ENAMED

2. Descritor avaliativo formativo no raciocínio clínico

- » É uma declaração objetiva, observável e comunicável que explicita como o estudante demonstra determinado nível de desempenho em um componente do raciocínio clínico, durante o processo de aprendizagem, e não apenas ao final.

GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Para elaborar um bom descritor avaliativo formativo, é necessário iniciar com a construção de um caso clínico em que o problema permita a construção de três perguntas-chave:

1. O que observar no desempenho do estudante?
 2. Como reconhecer progressão ou fragilidade?
 3. Que tipo de feedback pedagógico isso permite?
- » Sem descritores claros, o professor avalia impressões. Com descritores, o professor avalia enquanto ensina.

Um bom descritor avaliativo deve ter as seguintes características:

1. Ser específico – ter foco em um componente do raciocínio clínico;
2. Ser observável – ter como base em ações, falas ou decisões do estudante;
3. Ser progressivo – permitir identificar níveis crescentes de competência;
4. Ser alinhado ao objetivo educacional – conforme a taxonomia de Bloom e a competência clínica desejada;
5. Ser contextualizado no caso – não pode ser genérico, e sim situado;
6. Ser orientado ao feedback – o resultado deve indicar o que e como melhorar.



Os descritores formativos precisam ser alinhados com as DCNs 2025 e ao ENAMED de modo a favorecer a avaliação do processo de tomada de decisão clínica, e não apenas uma busca do acerto final.

Descritores avaliativos formativos são enunciados que descrevem, de forma observável e progressiva, como o estudante manifesta o raciocínio clínico durante a resolução de um caso, permitindo feedback pedagógico, acompanhamento longitudinal e desenvolvimento da competência clínica.

3. Passo a passo para definir um descritor avaliativo formativo

1. Conhecer o currículo e as expectativas de aprendizagem;
2. Identificar a habilidade ou conhecimento específico;
3. Formular o descritor de forma clara e observável;
4. Garantir a foco na intervenção;
5. Comunicar e compartilhar: o descritor deve ser conhecido tanto pelo professor quanto pelo aluno.

4. Reconhecimento dos padrões de resposta para raciocínio clínico analítico

A figura do raciocínio clínico proposta por Réa-Neto (fig. 1.1) ou a modificação sugerida por nós (fig. 3.1) servem de base para os quadros que vem a seguir.

Quadro 2. Coleta de dados clínicos – identificação do problema

NÍVEL DO ALUNO	RESPOSTA DO ALUNO AO DESCRITOR
INICIAL	COLETA DADOS DE FORMA DESORGANIZADA, SEM DISTINGUIR INFORMAÇÕES RELEVANTES DAS IRRELEVANTES
EM DESENVOLVIMENTO	COLETA DADOS ADEQUADOS, MAS AINDA COM DIFICULDADE EM PRIORIZAR OS ACHADOS CLÍNICOS MAIS SIGNIFICATIVOS
PROFICIENTE	SELECIONA DADOS RELEVANTES DA HISTÓRIA E DO EXAME FÍSICO DE FORMA ORGANIZADA E COERENTE COM O PROBLEMA CLÍNICO
AVANÇADO	DIRECIONA A COLETA DE DADOS DE FORMA INTENCIONAL, RECONHECENDO ACHADOS-CHAVE E LACUNAS DIAGNÓSTICAS

Quadro 3. Formulação e hierarquização de hipóteses diagnósticas

NÍVEL DO ALUNO	RESPOSTA DO ALUNO AO DESCRITOR
INICIAL	LISTA HIPÓTESES SEM RELAÇÃO CLARA COM OS DADOS CLÍNICOS
EM DESENVOLVIMENTO	FORMULA HIPÓTESES PLAUSÍVEIS, MAS COM HIERARQUIZAÇÃO INCOMPLETA OU JUSTIFICATIVA LIMITADA
PROFICIENTE	FORMULA E HIERARQUIZA HIPÓTESES COM BASE NOS DADOS CLÍNICOS, JUSTIFICANDO-AS ADEQUADAMENTE
AVANÇADO	HIERARQUIZA HIPÓTESES COM CLAREZA, EXPLICITA CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DIAGNÓSTICA



C1 - AVALIAÇÃO – COMANDO OU DESCRITOR AVALIATIVO

Quadro 4. Tomada de decisão e planejamento diagnóstico-terapêutico

NÍVEL DO ALUNO	RESPOSTA DO ALUNO AO DESCRITOR
INICIAL	DEMONSTRA INSEGURANÇA OU DECISÕES POUCO FUNDAMENTADAS
EM DESENVOLVIMENTO	PLANEJA CONDUTAS ADEQUADAS, MAS COM JUSTIFICATIVAS PARCIAIS
PROFICIENTE	PLANEJA INVESTIGAÇÃO E CONDOTA DE FORMA COERENTE, SEGURA E JUSTIFICADA
AVANÇADO	AJUSTA DECISÕES AO CONTEXTO CLÍNICO, RISCO, TEMPO E RECURSOS DISPONÍVEIS

5. Reconhecimento dos padrões de resposta para raciocínio clínico não analítico:

Quadro 5. Reconhecimento de padrão

NÍVEL DO ALUNO	RESPOSTA DO ALUNO AO DESCRITOR
INICIAL	TEM DIFICULDADE EM RECONHECER PADRÕES OU ASSOCIAÇÕES CLÍNICAS
EM DESENVOLVIMENTO	RECONHECE PADRÕES SIMPLES, PORÉM DE FORMA AINDA FRAGMENTADA
PROFICIENTE	RECONHECE PADRÕES CLÍNICOS COMPATÍVEIS COM O QUADRO APRESENTADO
AVANÇADO	AJUSTA DECISÕES AO CONTEXTO CLÍNICO, RISCO, TEMPO E RECURSOS DISPONÍVEIS

Quadro 6. Tomada de decisão e planejamento diagnóstico-terapêutico

NÍVEL DO ALUNO	RESPOSTA DO ALUNO AO DESCRITOR
INICIAL	DEMONSTRA INSEGURANÇA OU DECISÕES POUCO FUNDAMENTADAS
EM DESENVOLVIMENTO	EXECUTA AÇÕES ADEQUADAS, MAS COM JUSTIFICATIVAS PARCIAIS
PROFICIENTE	EXECUTA AÇÕES ADEQUADAS DE FORMA COERENTE, SEGURA E JUSTIFICADA
AVANÇADO	EXECUTA AÇÕES ADEQUADAS AO CONTEXTO CLÍNICO, ATENDENDO AOS CRITÉRIOS DE RISCO, TEMPO E RECURSOS DISPONÍVEIS



Verbos Avaliativos para Descritores Educacionais

NÍVEL COGNITIVO	OBJETIVO PEDAGÓGICO	VERBOS MENSURÁVEIS	VERBOS NÃO MENSURÁVEIS
LEMBRAR	RECUPERAR INFORMAÇÕES OBJETIVAS	LISTAR, DEFINIR, NOMEAR, IDENTIFICAR, RECONHECER, ENUMERAR, CITAR, LOCALIZAR, REGISTRAR	SABER, CONHECER, LEMBRAR-SE DE
COMPREENDER	EXPLICAR SIGNIFICADOS E RELAÇÕES	EXPLICAR, RESUMIR, DESCREVER, CLASSIFICAR, COMPARAR, DIFERENCIAR, INTERPRETAR, EXEMPLIFICAR	ENTENDER, CAPTAR, FAMILIARIZAR-SE
APLICAR	EXECUTAR PROCEDIMENTOS EM SITUAÇÕES PRÁTICAS	APLICAR, UTILIZAR, EXECUTAR, CALCULAR, REALIZAR, DEMONSTRAR, MEDIR, CONDUZIR, EMPREGAR, PRESCREVER	APRENDER, PRATICAR, TREINAR
ANALISAR	DECOMPOR E RELACIONAR DADOS CLÍNICOS	ANALISAR, CORRELACIONAR, DISTINGUIR, INFERIR, PRIORIZAR, CATEGORIZAR, DISCRIMINAR, ORGANIZAR HIPÓTESES	PENSAR SOBRE, REFLETIR, CONSIDERAR
AVALIAR	JULGAR COM CRITÉRIOS EXPLÍCITOS	AVALIAR, JUSTIFICAR, ARGUMENTAR, DECIDIR, CRITICAR, VALIDAR, DEFENDER CONDUTA, ESTIMAR RISCO	VALORIZAR, ACREDITAR, SENTIR, OPINAR
CRIAR	PRODUZIR SÍNTESE OU SOLUÇÃO ORIGINAL	ELABORAR, PLANEJAR, PROPOR, DESENVOLVER, CONSTRUIR, FORMULAR, INTEGRAR, PROJETAR PROTOCOLO, REDIGIR PLANO	IMAGINAR, IDEALIZAR, DESEJAR

C2 – CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA OS PRIMEIROS PERÍODOS DO CURSO DE MEDICINA

1 – INTRODUÇÃO

Nos períodos iniciais do curso de Medicina, o raciocínio clínico deve priorizar a organização do pensamento, a coerência entre dados e hipóteses e a explicitação do processo cognitivo.

a) BASES PARA A CONSTRUÇÃO

Contexto: Medicina Centrada na Pessoa (MCP) – método clínico que busca um atendimento mais humanizado e integral, focando na compreensão do paciente como um todo, e não apenas na doença.

Considerações sobre MCO: A medicina centrada na pessoa determina que o foco central da atividade médica é o paciente, agora chamado de pessoa, ou ainda, como é costume chamar nos serviços de saúde, cliente, usuário etc.

Princípios básicos da MCP são:

1. Explorar a saúde, a doença e a experiência da doença: ênfase na importância de ouvir o paciente, entender como ele vivencia sua saúde ou doença. Inclui sentimentos, medos, expectativas, e como a doença afeta sua vida diária;



C2 – CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA OS PRIMEIROS PERÍODOS DO CURSO DE MEDICINA

2. Entender a pessoa como um todo: compreender o indivíduo em seu contexto familiar, social e cultural (história de vida, crenças, rotina, ambiente e situação econômica;
3. Elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas;
4. Intensificar a relação entre a pessoa e o profissional de saúde.

Axiomas:

- “Antes de ser médico de doenças, o aluno deve aprender a cuidar de pessoas.”
- “Ser estudante de medicina já implica em responsabilidade profissional.”
- “Escutar bem é uma competência clínica essencial.”
- “Aprender medicina exige reconhecer limites.”

b) NECESSIDADES BÁSICAS COMPORTAMENTAIS PARA O ESTUDANTE INICIANTE.

- Objetivo: definir padrões mínimos de atitude, postura e relação.
- Justificativa: cuidar das pessoas de forma ética, respeitosa, segura e responsável.
- Pré-requisitos: não há, porque:
 1. O comportamento precede técnica;
 2. A atitude é treinável desde o início;
 3. A autonomia clínica plena ainda não é exigida.

- Eixos comportamentais:

1. Respeito à pessoa humana – Base ética do comportamento médico. O estudante deve demonstrar capacidade de:

- reconhecer o paciente como pessoa, não como “caso”;
- respeitar idade, gênero, cultura, crenças e vulnerabilidades;
- manter postura digna mesmo diante de sofrimento, erro ou limitação.

2. Responsabilidade e compromisso – Postura profissional inicial. Inclui:

- pontualidade, assiduidade e preparo prévio;
- assumir tarefas compatíveis com seu nível;
- reconhecer limites e pedir ajuda quando necessário;
- compreender que suas ações (ou omissões) têm impacto real.

3. Comunicação ética e empática – Fundamento da relação médico-paciente. O estudante iniciante deve aprender a:

- ouvir com atenção e sem interrupções;
- falar de forma clara, respeitosa e adequada ao interlocutor;
- manter confidencialidade;
- evitar julgamentos, ironias ou desqualificação.

C2 – CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA OS PRIMEIROS PERÍODOS DO CURSO DE MEDICINA

4. Humildade intelectual e atitude de aprendizagem

– Base do raciocínio clínico futuro. Comportamentos esperados:

- reconhecer o que sabe e o que ainda não sabe;
- aceitar feedback sem defensividade;
- demonstrar curiosidade genuína;
- entender o erro como parte do processo formativo.

5. Autocontrole emocional e postura ética – Cuidado consigo e com o outro. Desde cedo, o estudante deve ser estimulado a:

- lidar com frustrações e inseguranças;
- manter postura respeitosa sob estresse;
- evitar atitudes impulsivas ou desrespeitosas;
- desenvolver consciência de si (autopercepção).

2 – CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA RACIOCÍNIO ANALÍTICO

Foco – desenvolvimento progressivo do raciocínio clínico, considerando – maturidade cognitiva, taxonomia de Bloom e ensino por competências.

Etapa 1 – Definir intencionalidade pedagógica:

- Competências a desenvolver: cognitivas, atitudinais e tomada de decisão.

GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

- Nível cognitivo predominante: lembrar, compreender, aplicar inicial.
- Descritores avaliativos formativos: o que será observado no estudante.

Etapla 2 – Selecionar o problema clínico central.

Etapla 3 – Construir os dados clínicos de forma progressiva.

- História clínica de forma sequencial: queixa principal, HDA, antecedentes, incluindo dados positivos e negativos.
- Exame físico essencial (priorizar reconhecimento de normalidade e sinais simples).

Etapla 4 – Preparar perguntas norteadoras da discussão:

1. Questões introdutórias para discussão do caso:
 - Solicitar ao estudante que reescreva o caso em uma frase-síntese.
 - Solicitar ao estudante que identifique o problema clínico principal.
2. Geração de hipóteses:
 - Solicitar 2 ou 3 hipóteses diagnósticas plausíveis com justificativas.
 - Solicitar valorização das hipóteses em escala de importância.



C2 – CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA OS PRIMEIROS PERÍODOS DO CURSO DE MEDICINA

3. Planejamento inicial da investigação:

- Solicitar exames para confirmar ou afastar a hipótese, justificando.

Etapa 5 – Discussão diagnóstica e reflexão:

1. Introduzir noções de coerência clínica.
2. Qual a hipótese é mais provável, quais podem ser descartadas. Por quê?
3. Quais os dados foram decisivos?
4. Onde o aluno teve mais dificuldade?

3 – AVALIAÇÃO

Nos períodos iniciais do curso de Medicina, como dito no início, o raciocínio clínico deve priorizar a organização do pensamento, a coerência entre dados e hipóteses e a explicitação do processo cognitivo, e **a avaliação deve valorizar o erro como oportunidade de aprendizagem e o feedback como instrumento formativo.**

RUBRICA AVALIATIVA FORMATIVA

Orientada pelas diretrizes das DCNs 2025 e alinhada ao ENAMED. O docente deve selecionar de 3 a 5 dimensões para avaliar o estudante (tabela criada pela IA):

GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

DIMENSÃO	INICIANTE	EM DESENVOLVIMENTO	ADEQUADO AO NÍVEL
1. ORGANIZAÇÃO DOS DADOS CLÍNICOS	DADOS DESORGANIZADOS OU INCOMPLETOS	DADOS PARCIALMENTE ORGANIZADOS	DADOS ORGANIZADOS DE FORMA LÓGICA E PERTINENTE
2. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA CLÍNICO	PROBLEMA NÃO IDENTIFICADO OU MAL DEFINIDO	PROBLEMA IDENTIFICADO COM IMPRECIÇÕES	PROBLEMA CLÍNICO CLARAMENTE DEFINIDO
3. FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES	HIPÓTESES AUSENTES OU INCOERENTES	HIPÓTESES PLAUSÍVEIS, PORÉM POUCO JUSTIFICADAS	HIPÓTESES COERENTES COM OS DADOS DISPONÍVEIS
4. JUSTIFICATIVA DAS HIPÓTESES	JUSTIFICATIVAS FRÁGEIS OU AUSENTES	JUSTIFICATIVAS PARCIAIS	JUSTIFICATIVAS CLÍNICAS ADEQUADAS
5. PLANEJAMENTO DE INVESTIGAÇÃO	EXAMES INADEQUADOS OU SEM JUSTIFICATIVA	EXAMES PERTINENTES COM JUSTIFICATIVA INCOMPLETA	INVESTIGAÇÃO INICIAL COERENTE E JUSTIFICADA
6. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	DIFICULDADE DE INTERPRETAÇÃO CLÍNICA	INTERPRETAÇÃO PARCIAL	INTERPRETAÇÃO ADEQUADA E REVISÃO DAS HIPÓTESES
7. CLAREZA DO RACIOCÍNIO CLÍNICO	RACIOCÍNIO CONFUSO OU IMPLÍCITO	RACIOCÍNIO PARCIALMENTE CLARO	RACIOCÍNIO LÓGICO E COMPREENSÍVEL
8. REFLEXÃO CRÍTICA (METACOGNIÇÃO)	NÃO RECONHECE DIFICULDADES	RECONHECE DIFICULDADES SUPERFICIALMENTE	REFLETE SOBRE O PRÓPRIO PROCESSO DE RACIOCÍNIO

C3 - CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA TBL - PERÍODOS INICIAIS

Objetivo geral: desenvolver progressivamente o raciocínio clínico nos períodos iniciais, combinando responsabilização individual, aprendizagem colaborativa e tomada de decisão clínica explícita, mantendo coerência com DCNs 2025, ENAMED e a lógica do raciocínio clínico.

Objetivos específicos:

- Disciplinar a mente do aluno, evitando que ele não pense por impulso.
- Estimular a atenção, a metacognição e a reflexão.
- Desenvolver a habilidade de formular hipóteses diagnósticas pela integração de informações da história do paciente e do exame físico e resultados
- Desenvolver a capacidade de solicitar testes diagnósticos que possam afirmar ou refutar as hipóteses diagnósticas, com bases nos custos e benefícios.

Períodos: iniciais do curso de Medicina.

Como: transformando o caso clínico num disparador narrativo – passa a ser um eixo organizador de decisões clínicas progressivas.



CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO

ETAPA 1 — pré-classe (antes da aula)

Realizar preparação prévia – entrega de material selecionado/preparado pelo docente aos alunos para garantir base conceitual mínima comum, procurando fixar os conhecimentos nos níveis lembrar e compreender (Bloom) e preparando o estudante para reconhecer padrões básicos.

- Os conteúdos devem estar relacionados com o programa curricular, podendo ser utilizados textos curtos, vídeos ou apostilas objetivas, com conceitos essenciais relacionados ao caso:
 - sinais e sintomas-chave
 - noções sindrômicas iniciais
 - fundamentos de exame físico pertinentes

ETAPA 2 — em classe – aplicação de teste individual

a – Aplicação de teste individual ou Teste de Prontidão Individual (TPI) - para avaliar se o estudante está individualmente apto a iniciar o raciocínio clínico desejado pela organização do pensamento, leitura clínica inicial e a responsabilização individual.

Utilizar questões contextualizadas, porém incompletas (micro-casos) ou teste com resposta múltipla, com foco em:

C3 - CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA TBL - PERÍODOS INICIAIS

- Identificação de dados relevantes
- Reconhecimento de problemas clínicos simples
- Compreensão de relações fisiopatológicas básicas.

b – Aplicar o teste de Prontidão em Equipe (TPE) - para transformar conhecimento individual em raciocínio coletivo e tornar explícitos os conflitos cognitivos, permitindo avaliar o ganho cognitivo após o término do exercício.

- Dividir a turma em grupos menores, e solicitar que discutam e respondam coletivamente ao teste.
- Utilizar as Mesmas questões do TPI. Nesse momento, o professor deve dar ênfase no debate argumentativo, e não apenas na resposta correta.

ETAPA 3 – atividades em grupo - Praticar a aplicação dos conceitos

Quem: Os alunos dos mesmos grupos da etapa 2-b

Como: Respondendo a novo teste de avaliação com novas questões sobre:



a) Identificação do problema

- Construir o raciocínio clínico do caso clínico pelos grupos, através de aplicação de teste, que pode ser de lacuna ou resposta múltipla com apenas uma certa. O ideal é justificar a resposta.
- A pergunta orientadora para a construção do teste pode ser: “Qual é o principal problema clínico deste paciente?”

b) Formulação de hipóteses

- Teste de escolha múltipla com alternativas plausíveis e apenas uma opção correta.
- Justificativa obrigatória da escolha.
- Raciocínio trabalhado: raciocínio hipotético-dedutivo inicial.

c) Planejamento de investigação

- Decisão sobre exame mais adequado ou conduta inicial.
- Discussão do porquê pedir e por que não pedir outros exames.

Raciocínio trabalhado: uso racional de recursos (para atingir objetivos do ENAMED).

d) Interpretação de resultados de exames do paciente apresentados pelo docente

- Revisão das hipóteses e decisão final.

Raciocínio trabalhado: integração clínica e revisão crítica.

ETAPA 4 – Feedback estruturado e reflexão final pelo docente

- Não “dar a resposta”, mas:
 - Organizar o raciocínio emergente
 - Explicitar pontos fortes e fragilidades
 - conectar com a rubrica avaliativa
 - Perguntas finais possíveis:
 - “Qual dado mudou a decisão do grupo?”
 - “Onde houve maior divergência?”
 - “O que este caso ensina para situações semelhantes?”
-

Havendo alinhamento explícito com DCNs 2025 e ENAMED, torna-se possível que:

- O mesmo caso clínico pode ser utilizado em níveis crescentes de complexidade;
- O estudante aprenda a pensar clinicamente em equipe, sem perder responsabilidade individual;
- O docente deve atuar como orquestrador do raciocínio, e não como expositor.



C4 - EXEMPLO DE CASO CLÍNICO PARA TBL - DESENVOLVIMENTO DE RACIOCÍNIO CLÍNICO EM PERÍODOS INICIAIS

Tema proposto: Síndrome febril aguda com foco em raciocínio clínico inicial

Nível: 1^o– 3^o períodos

Eixo: Organização do pensamento clínico e formulação de hipóteses

Metodologia: Team-Based Learning (TBL)

1. PREPARAÇÃO PRÉVIA do aluno (PRÉ-CLASSE)

Objetivo

Garantir base conceitual mínima comum para permitir aplicação clínica.

Conteúdo recomendado

- Conceito de febre
- Sinais e sintomas gerais
- Diferença entre sintoma, sinal, achado e problema clínico
- Introdução à noção de síndrome clínica

(Material curto: texto de 3–5 páginas ou vídeo de até 15 minutos)

2. TESTE DE PRONTIDÃO INDIVIDUAL (TPI)

Questão 1

Paciente adulto refere febre há 3 dias, mal-estar e cefaleia. A temperatura aferida é 38,5 °C.

Qual afirmação define corretamente febre?

- A. Sensação subjetiva de calor
- B. Elevação da temperatura corporal acima do normal, regulada pelo hipotálamo
- C. Aumento da frequência cardíaca
- D. Resposta inflamatória exclusivamente infecciosa

Gabarito: B

Questão 2

No caso clínico, qual item representa um problema clínico?

- A. Febre de 38,5 °C
- B. Relato de calafrios
- C. Síndrome febril aguda
- D. Leucócitos de 12.000/mm³

Gabarito: C

Questão 3

Ao analisar um caso clínico, o primeiro passo do raciocínio clínico é:

- A. Solicitar exames complementares
- B. Definir o tratamento
- C. Formular hipóteses diagnósticas
- D. Coletar e organizar os dados clínicos

Gabarito: D

3. TESTE DE PRONTIDÃO EM EQUIPE (TPE)

- Mesmas questões do TPI
- Discussão obrigatória com justificativa da escolha
- Docente observa:
 - o clareza do argumento
 - o uso correto de conceitos
 - o participação dos membros

4. ATIVIDADE DE APLICAÇÃO (TAP)

CASO CLÍNICO – APRESENTAÇÃO PROGRESSIVA

História clínica

Paciente masculino, 22 anos, previamente hígido, procura atendimento por febre há 4 dias, associada a cefaleia, mialgia e prostração. Refere calafrios ocasionais. Nega tosse, dor urinária ou dor abdominal.

Exame físico

Estado geral regular, temperatura 38,7 °C, PA 120×80 mmHg, FC 96 bpm. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome indolor.

TAP 1 — Identificação do problema clínico

Pergunta (decisão única):

Qual é o principal problema clínico apresentado?

- A. Cefaleia
- B. Mialgia
- C. Febre isolada
- D. Síndrome febril aguda

Resposta correta: D

TAP 2 — Formulação de hipóteses diagnósticas

Pergunta:

Qual hipótese é mais adequada neste momento inicial?

- A. Pneumonia bacteriana
- B. Síndrome gripal
- C. Sepsis
- D. Abdome agudo

Resposta correta: B (Obs.: o professor deve aceitar discussão sobre outras hipóteses, desde que justificadas)



GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

TAP 3 — Planejamento de investigação inicial

Pergunta:

Qual exame é mais adequado neste momento?

- A. Tomografia de tórax
- B. Hemograma completo
- C. Ecocardiograma
- D. Endoscopia digestiva alta

Resposta correta: B

TAP 4 — Interpretação de resultados

Resultado apresentado pelo docente: Hemograma: leucócitos $8.500/\text{mm}^3$, linfocitose discreta.

Pergunta:

Este resultado:

- A. Afasta hipótese infecciosa
- B. Confirma infecção bacteriana grave
- C. É compatível com quadro viral
- D. Indica urgência cirúrgica

Resposta correta: C

5. FEEDBACK E REFLEXÃO FINAL

Perguntas orientadoras:

- Qual dado foi decisivo para a hipótese escolhida?
- O que levou o grupo a descartar hipóteses mais graves?
- Que erro seria comum neste tipo de caso?

**C4 - EXEMPLO DE CASO CLÍNICO PARA TBL - DESENVOLVIMENTO
DE RACIOCÍNIO CLÍNICO EM PERÍODOS INICIAIS**

**RUBRICA AVALIATIVA ESPECÍFICA PARA TBL - Raciocínio
Clínico – Períodos Iniciais**

DIMENSÃO	INSUFICIENTE	ADEQUADO AO NÍVEL	AVANÇADO
PREPARAÇÃO INDIVIDUAL (IRAT)	DEMONSTRA LACUNAS CONCEITUAIS IMPORTANTES	DEMONSTRA COMPREENSÃO BÁSICA ADEQUADA	DEMONSTRA DOMÍNIO CONCEITUAL SEGURO
PARTICIPAÇÃO NO TRAT	PARTICIPAÇÃO PASSIVA OU SEM JUSTIFICATIVA	PARTICIPA COM ARGUMENTOS COERENTES	LIDERA DISCUSSÃO COM CLAREZA E RESPEITO
IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	PROBLEMA MAL DEFINIDO	PROBLEMA CORRETAMENTE IDENTIFICADO	PROBLEMA FORMULADO COM CLAREZA E SÍNTESE
FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES	HIPÓTESES INCOERENTES	HIPÓTESES PLAUSÍVEIS	HIPÓTESES BEM JUSTIFICADAS
JUSTIFICATIVA CLÍNICA	ARGUMENTAÇÃO FRÁGIL	JUSTIFICATIVA ADEQUADA AOS DADOS	JUSTIFICATIVA INTEGRADA E LÓGICA
USO RACIONAL DE EXAMES	SOLICITAÇÕES INADEQUADAS	SOLICITAÇÕES PERTINENTES	DEMONSTRA PENSAMENTO CRÍTICO
CLAREZA DO RACIOCÍNIO	RACIOCÍNIO CONFUSO	RACIOCÍNIO CLARO	RACIOCÍNIO BEM ESTRUTURADO
REFLEXÃO FINAL	NÃO RECONHECE DIFICULDADES	RECONHECE LIMITES	DEMONSTRA METACOGNIÇÃO CLARA



GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Nota pedagógica final

No TBL, a avaliação do raciocínio clínico deve privilegiar a explicitação do pensamento, a coerência entre dados e decisões e a capacidade de justificar escolhas clínicas em equipe, em consonância com as DCNs 2025 e a matriz do ENAMED.

C5 - CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA TBL NO PRÉ-INTERNATO DO CURSO DE MEDICINA

Público-alvo: Estudantes do 7º e 8º períodos

Finalidade pedagógica: Desenvolver raciocínio clínico analítico e integrativo, com:

- Análise de problemas complexos;
- Formulação e hierarquização diagnóstica;
- Tomada de decisão clínica fundamentada;
- Uso racional de exames e condutas;
- Explicitação do raciocínio clínico em equipe.

Estrutura Geral do TBL (Ciclo Clínico)

1. Preparação prévia aprofundada;
2. TPI (Teste de prontidão individual – nível aplicado) ou iRAT em inglês;
3. TPE (Teste de prontidão em equipe – nível analítico) ou tRAT em inglês;
4. TAP (Atividade de aplicação clínica complexa);
5. Feedback estruturado + metacognição clínica.

NOTA: as etapas são iguais às do TBL dos períodos iniciais, não sendo aqui repetidas.

ETAPA 1. Preparação Prévia (Pré-classe) – material entregue previamente pelo docente.

Objetivo: Garantir base clínica suficiente para análise e decisão, através do material com conteúdo que apresente:

- Revisão fisiopatológica aplicada;
- Diretrizes clínicas essenciais;
- Critérios diagnósticos e classificações;
- Exames complementares: indicações e limitações;
- Condutas iniciais e estratificação de risco.

ETAPA 2 – Aplicação de testes

a) Teste de Prontidão Individual (TPI)

Características:

- Casos clínicos curtos, porém, completos
- Questões que exigem:
 - » interpretação de dados;
 - » correlação clínico-fisiopatológica;
 - » exclusão de alternativas plausíveis.
 - Identificação de diagnóstico mais provável
 - Escolha de exame inicial mais apropriado
 - Reconhecimento de gravidade ou risco

Bloom: aplicar / analisar



GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

b) Teste de Prontidão em Equipe (TPE)

Função pedagógica - Transformar conhecimento individual em decisão clínica compartilhada e justificada.

Ênfase docente

- Qual argumento sustentou a decisão?
- Qual dado foi decisivo?
- Que erro cognitivo poderia ocorrer?

Competências desenvolvidas

- Comunicação clínica
- Argumentação baseada em dados
- Raciocínio clínico explícito (ENAMED)

ETAPA 3 – Atividade de Aplicação (TAP)

O caso clínico é apresentado em camadas progressivas, exigindo decisões sucessivas e justificadas.

TAP 1 — Formulação do problema

- Caso clínico complexo com múltiplos achados relevantes
- Comorbidades e contexto clínico

Pergunta típica: “Qual é o principal problema clínico que organiza este caso?” Bloom: analisar.

TAP 2 — Hierarquização diagnóstica

- 3–5 hipóteses plausíveis
- Necessidade de priorização

Pergunta típica: “Qual hipótese deve ser priorizada neste momento e por quê?”
Bloom: analisar / avaliar

TAP 3 — Estratégia diagnóstica racional

- Escolha de exames com impacto decisório
- Avaliação de riscos, custos e benefícios

Pergunta típica: “Qual exame muda conduta neste momento?”

Bloom: avaliar

TAP 4 — Interpretação integrada de resultados

- Resultados ambíguos ou incompletos
- Necessidade de revisão diagnóstica

Pergunta típica: “Como estes resultados reorganizam suas hipóteses?”

Bloom: avaliar

TAP 5 — Decisão terapêutica inicial

- Conduta clínica realista
- Priorização de segurança do paciente

Pergunta típica: “Qual a melhor conduta inicial neste cenário?”

Bloom: avaliar / criar

ETAPA 4. Feedback Estruturado e Metacognição – docente

Papel do docente - Tornar explícitos:

- Acertos cognitivos;
- Vieses identificados;
- Estratégias clínicas eficazes;
- Conectar decisões às diretrizes clínicas.

Perguntas metacognitivas:

- “Que dado mudou a decisão do grupo?”
- “Onde ocorreu maior divergência?”
- “Que erro seria mais provável na prática real?”

AVALIAÇÃO FORMATIVA NO CICLO CLÍNICO

Foco avaliativo

- Qualidade do raciocínio, não apenas resposta correta
- Capacidade de justificar decisões clínicas
- Coerência entre dados, hipóteses, exames e conduta

Instrumento

- Rubrica específica (versão clínica), observacional e formativa
- Registro evolutivo longitudinal



C6 - CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA ALUNOS DO INTERNATO

No internato, o caso clínico deve ser um simulador cognitivo da prática real, de modo a permitir ao aluno desenvolver autonomia progressiva ao longo do período. Além da autonomia, é importante que ele seja obrigado a pensar sob a pressão de tempo e do risco de assumir decisões.

O caso deve ser construído integrando múltiplos dados, porém incompletos, com “ruído” informacional e incerteza.

Todas as etapas do raciocínio clínico devem ser contempladas:

coleta → problema → hipóteses → testes → análise → decisão
→ seguimento → reavaliação

» Importante: O objetivo do caso não pode ser simplesmente “resolver o caso”. O estudante precisa viver cognitivamente o processo de ser médico.

O valor pedagógico do modelo está em:

- manter o fluxo natural do raciocínio clínico;
- percorrer todos os níveis taxonômicos de Bloom, dentro de um único caso;
- transformar o caso em um simulador cognitivo do internato;

GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

dessa forma, o caso permite que o estudante treine:

- pensamento clínico explícito,
- tolerância à incerteza,
- tomada de decisão responsável,
- revisão contínua do plano.

A ideia é que cada etapa do caso clínico no internato tenha seu próprio foco avaliativo, permitindo acompanhar longitudinalmente a maturação do raciocínio clínico do estudante dentro de um único caso e ao longo do estágio.

A avaliação deixa de ser “do caso” e passa a ser do processo cognitivo em movimento.

O caso clínico pode ser utilizado tanto para discussão como para TBL.

O quadro 1 enumera as etapas de um esquema estruturante de um caso clínico. O quadro 2 apresenta o passo a passo. O quadro 3 apresenta sugestões de rubricas avaliativas para cada etapa, sempre baseado no fluxo do raciocínio clínico e atendendo à taxonomia de Bloom.



C6 - CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA ALUNOS DO INTERNATO

Quadro 1 - Esquema Estruturante do Caso Clínico no Internato

DIMENSÃO	INICIANTE	EM DESENVOLVIMENTO	ADEQUADO AO NÍVEL
1. ENTRADA DE DADOS BRUTOS	COLETA DE DADOS – HISTÓRIA E EXAME FÍSICO	LEMBRAR / COMPREENDER	RECONHECER SINAIS, SINTOMAS, NORMALIDADE E ANORMALIDADE; DISTINGUIR DADO DE INTERPRETAÇÃO.
2. ORGANIZAÇÃO CLÍNICA	TRANSFORMAR DADOS EM PROBLEMA	COMPREENDER / APLICAR	SINTETIZAR - FORMULAR O PROBLEMA CLÍNICO CENTRAL EM UMA FRASE
3. GERAÇÃO DE HIPÓTESES	HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS	APLICAR / ANALISAR	MOBILIZAR CONHECIMENTO PRÉVIO PARA PROPOR DIAGNÓSTICOS PLAUSÍVEIS E HIERARQUIZÁ-LOS.
4. PLANEJAMENTO DIAGNÓSTICO	SELEÇÃO DE TESTES	ANALISAR / AVALIAR	ESCOLHER EXAMES QUE MUDAM CONDUTA, JUSTIFICAR RISCOS, CUSTOS E BENEFÍCIOS
5. INTEGRAÇÃO DE RESULTADOS	ANÁLISE CLÍNICA	ANALISAR / AVALIAR	INTERPRETAR DADOS NOVOS, REVISAR HIPÓTESES, RECONHECER INCOERÊNCIAS
6. TOMADA DE DECISÃO	PLANEJAR / TRATAR	AVALIAR	DEFINIR CONDUTA INICIAL SEGURA E JUSTIFICÁVEL
7. REAVALIAÇÃO DINÂMICA	SEGUIMENTO CLÍNICO	CRIAR	REFORMULAR O PLANO DIANTE DE MUDANÇA DO QUADRO; ANTECIPAR DESFECHOS
8. REFLEXÃO PROFISSIONAL	METACOGNIÇÃO CLÍNICA	CRIAR	EXPLICITAR RACIOCÍNIO, RECONHECER VIESES, LIMITES E ALTERNATIVAS

Quadro 2 - Passo a passo para construir o caso

DIMENSÃO	INICIANTE	ADEQUADO AO NÍVEL
1. DADOS INICIAIS	ORGANIZAR OS DADOS E FORMULAR O PROBLEMA CLÍNICO	- HISTÓRIA INCOMPLETA, COMO NA VIDA REAL - EXAME FÍSICO COM ACHADOS NORMAIS E ANORMAIS - NENHUMA "PISTA ÓBVIA"
2. ORGANIZAÇÃO	DEFINIR O PROBLEMA CLÍNICO	EXIGIR FRASE-SÍNTESE. DIFERENCIAR: DADO × ACHADO × PROBLEMA
3. HIPÓTESES	LISTAR E HIERARQUIZAR HIPÓTESES COM JUSTIFICATIVA CLÍNICA	- CASO COM MÚLTIPLAS HIPÓTESES PLAUSÍVEIS. - NENHUMA TOTALMENTE EVIDENTE
4. PLANEJAMENTO DIAGNÓSTICO	ESCOLHER OS EXAMES QUE ORIENTAM CONDUTA	- EXAMES COM RISCOS REAIS, CUSTOS E CONSEQUÊNCIAS. - NEM TODOS NECESSÁRIOS
5. INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS	REORGANIZAR O RACIOCÍNIO DIANTE DOS NOVOS DADOS	DADOS QUE CONFIRMEM PARCIALMENTE E CONTRADIZEM PARCIALMENTE
6. DECISÃO CLÍNICA	DEFINIR CONDUTA INICIAL SEGURA E JUSTIFICADA	SITUAÇÃO QUE EXIGE CONDUTA REALISTA: TRATAR? OBSERVAR? INTERNAR? ENCAMINHAR?
7. EVOLUÇÃO INESPERADA	REFORMULAR O PLANO CLÍNICO	MUDANÇA CLÍNICA - PIORA, COMPLICAÇÃO, NOVO SINTOMA
8. METACOGNIÇÃO	- ONDE VOCÊ PODERIA TER ERRADO? - QUE DADO FOI DECISIVO? - QUE VIÉS COGNITIVO PODERIA OCORRER? - O QUE FARIA DIFERENTE EM OUTRO PACIENTE SEMELHANTE?	PENSAR REFLEXIVO

C6 - CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA ALUNOS DO INTERNATO

Rubricas Avaliativas para cada etapa (Bloom)

Etapa 1 – Coleta de dados

NÍVEL DO ALUNO	DESCRIPTOR
INSUFICIENTE	COLETA INCOMPLETA; CONFUNDE DADOS COM INTERPRETAÇÕES; OMITE INFORMAÇÕES RELEVANTES
EM DESENVOLVIMENTO	COLETA ADEQUADA, MAS COM DESORGANIZAÇÃO OU EXCESSO DE RUÍDO INFORMACIONAL
ESPERADO PARA O INTERNATO	COLETA COMPLETA E ORGANIZADA; DISTINGUE DADO, ACHADO E INTERPRETAÇÃO
AVANÇADO	COLETA DIRIGIDA POR HIPÓTESES IMPLÍCITAS; VALORIZA DADOS POSITIVOS E NEGATIVOS

Etapa 2 – Formulação do problema clínico (Bloom: Compreender / Aplicar)

NÍVEL DO ALUNO	DESCRIPTOR
INSUFICIENTE	NÃO CONSEGUE DEFINIR O PROBLEMA CENTRAL
EM DESENVOLVIMENTO	DEFINE PROBLEMA AMPLO OU POUCO CLÍNICO
ESPERADO	FORMULA PROBLEMA CLÍNICO CLARO E ORGANIZADOR DO CASO
AVANÇADO	FORMULA PROBLEMA SINTÉTICO, CLÍNICO E ORIENTADO À DECISÃO

Etapa 3 – Geração e hierarquização de hipóteses (Bloom: Aplicar / Analisar)

NÍVEL DO ALUNO	DESCRIPTOR
INSUFICIENTE	HIPÓTESES ALEATÓRIAS OU DESCONECTADAS DOS DADOS
EM DESENVOLVIMENTO	HIPÓTESES PLAUSÍVEIS, MAS SEM HIERARQUIA CLARA
ESPERADO	HIPÓTESES COERENTES E HIERARQUIZADAS
AVANÇADO	HIPÓTESES INTEGRADAS AO CONTEXTO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO

Etapa 4 – Planejamento diagnóstico (Bloom: Analisar / Avaliar)

NÍVEL DO ALUNO	DESCRIPTOR
INSUFICIENTE	SOLICITA EXAMES SEM CRITÉRIO OU FINALIDADE CLÍNICA
EM DESENVOLVIMENTO	SOLICITA EXAMES PERTINENTES, MAS SEM JUSTIFICAR IMPACTO NA CONDUTA
ESPERADO	SELECIONA EXAMES QUE MUDAM CONDUTA E OS JUSTIFICA
AVANÇADO	CONSIDERA RISCOS, CUSTOS, TEMPO E IMPACTO REAL SOBRE DECISÕES

C6 - CONSTRUÇÃO DE CASO CLÍNICO PARA ALUNOS DO INTERNATO

Etapa 5 – Interpretação e integração dos resultados (Bloom: Analisar / Avaliar)

NÍVEL DO ALUNO	DESCRIPTOR
INSUFICIENTE	INTERPRETA RESULTADOS ISOLADAMENTE
EM DESENVOLVIMENTO	INTERPRETA CORRETAMENTE, MAS COM INTEGRAÇÃO LIMITADA
ESPERADO	INTEGRA RESULTADOS AO QUADRO CLÍNICO E REVISIA HIPÓTESES
AVANÇADO	RECONHECE INCOERÊNCIAS E REFORMULA O MODELO MENTAL DO CASO

Etapa 6 – Tomada de decisão clínica (Bloom: Avaliar)

NÍVEL DO ALUNO	DESCRIPTOR
INSUFICIENTE	CONDUTAS INSEGURAS OU SEM JUSTIFICATIVA
EM DESENVOLVIMENTO	CONDUTAS ADEQUADAS, MAS POUCO FUNDAMENTADAS
ESPERADO	CONDUTA SEGURA, COERENTE E JUSTIFICADA
AVANÇADO	CONDUTA PRIORIZA SEGURANÇA, PROGNÓSTICO E CONTEXTO DO PACIENTE

GUIA DOCENTE PARA ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Etapa 7 – Reavaliação dinâmica (Bloom: Criar)

NÍVEL DO ALUNO	DESCRIPTOR
INSUFICIENTE	MANTÉM PLANO MESMO DIANTE DE MUDANÇA CLÍNICA
EM DESENVOLVIMENTO	RECONHECE MUDANÇA, MAS DEMORA A AJUSTAR PLANO
ESPERADO	REFORMULA PLANO CONFORME NOVA INFORMAÇÃO
AVANÇADO	ANTECIPAÇÃO DE CENÁRIOS E PLANOS ALTERNATIVOS

Etapa 8 – Metacognição clínica (Bloom: Criar – reflexivo)

NÍVEL DO ALUNO	DESCRIPTOR
INSUFICIENTE	NÃO RECONHECE LIMITES OU ERROS
EM DESENVOLVIMENTO	RECONHECE DIFICULDADES SUPERFICIALMENTE
ESPERADO	ANALISA ACERTOS, ERROS E ESTRATÉGIAS
AVANÇADO	IDENTIFICA VIESES COGNITIVOS E PROPÕE ESTRATÉGIAS DE APRIMORAMENTO



C7 - EXEMPLO CASO CLÍNICO PARA O INTERNATO

Tema: Dor torácica aguda

Cenário: Pronto atendimento hospitalar

1 – Entrada de dados (Bloom: Lembrar / Compreender)

Homem, 58 anos, procura o pronto atendimento por dor torácica iniciada há 40 minutos. Relata dor em aperto no centro do tórax, irradiando para o braço esquerdo, associada a sudorese fria e náuseas.

Antecedentes: hipertensão arterial, dislipidemia. Ex-tabagista (30 maços/ano).

Medicações: losartana e sinvastatina.

Exame físico:

- Estado geral: ansioso, pálido
- PA: 150 x 90 mmHg
- FC: 98 bpm
- FR: 22 irpm
- SpO₂: 96% em ar ambiente
- Ausculta cardíaca: sem sopros
- Ausculta pulmonar: sem estertores

Tarefa do aluno: Organizar os dados e destacar os achados relevantes e irrelevantes.

2 – Formulação do problema clínico (Bloom: Compreender / Aplicar)

Tarefa do aluno: Redigir uma frase-síntese que formule o problema clínico central deste paciente.

Hipótese plausível: “Homem de 58 anos com dor torácica típica em aperto, irradiada, associada a sintomas autonômicos, em contexto de fatores de risco cardiovascular.”

3 – Geração e hierarquização de hipóteses (Bloom: Aplicar / Analisar)

Tarefa do aluno: Listar e hierarquizar as hipóteses diagnósticas mais prováveis neste momento, justificando.

Hipóteses plausíveis: 1 - Síndrome coronariana aguda; 2 - Dissecção aguda de aorta; 3 – TEP; 4 – Dor musculoesquelética

4 – Planejamento diagnóstico (Bloom: Analisar / Avaliar)

Tarefa do aluno: Quais exames devem ser solicitados imediatamente?

Justificar com base no impacto sobre a conduta.

Esperado: 1 – ECG imediato; 2 – Troponina; 3 – RX de tórax (se indicado)

5 – Integração de resultados (Bloom: Analisar / Avaliar)

Resultados apresentados:

- ECG: supradesnivelamento de ST em D2, D3 e aVF
- Troponina: ainda normal (tempo curto)

Tarefa do aluno: Reorganizar as hipóteses à luz desses dados. O que passa a ser prioritário?

6 – Tomada de decisão (Bloom: Avaliar)

Tarefa do aluno: Qual deve ser a conduta imediata neste cenário? Justificar com base em segurança do paciente e diretrizes.

Esperado:

- Diagnóstico de IAM com supra
- Início de protocolo de SCA
- Acionamento de hemodinâmica / trombólise conforme contexto

7 – Reavaliação dinâmica (Bloom: Criar)

Após 15 minutos, o paciente apresenta queda de pressão (90 × 60 mmHg) e bradicardia.

Tarefa do aluno: Como reformular o plano clínico? Que complicações devem ser consideradas?



Bloco 8 – Metacognição clínica (Bloom: Criar reflexivo)

Perguntas finais ao aluno:

- Que dado foi decisivo para sua decisão?
 - Em que momento o erro diagnóstico seria mais provável?
 - Que viés cognitivo poderia levar a subestimar este caso?
 - O que você faria diferente em um próximo paciente semelhante?
-

Nota importante: RELEITURA PROGRESSIVA

O mesmo caso, já apresentado em período inicial, pode acompanhar o estudante ao longo de todo o curso, não como repetição, mas como releitura progressiva do mesmo fenômeno clínico sob níveis crescentes de complexidade cognitiva, clínica e ética.

Aquilo que, nos períodos iniciais, aparece como:

- “o que é um sintoma?”
- “o que é um problema clínico?”
- “como formular uma hipótese simples?”

no ciclo clínico passa a exigir:

- hierarquização diagnóstica,
- escolha racional de exames,
- integração de resultados,

C7 - EXEMPLO CASO CLÍNICO PARA O INTERNATO

e, no internato, transforma-se em:

- tomada de decisão sob risco real,
- manejo de incerteza,
- reformulação dinâmica do plano,
- reflexão profissional sobre erros, vieses e limites.

O caso deixa de ser apenas um instrumento didático e passa a ser um fio condutor formativo, capaz de:

- materializar a progressão da Taxonomia de Bloom;
- tornar visível o amadurecimento do raciocínio clínico;
- alinhar ensino, avaliação e prática real.



AUTORES

WALTER LUIZ M. S. DA FONSECA



Médico, com Mestrado em Educação, Professor da FOA há 55 anos, nas áreas de clínica médica e semiologia. Cursos de aperfeiçoamento em Strasbourg (Fisiopatologia respiratória) e Paris (Terapia Intensiva). Ex- vice presidente da ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica). Atualmente é vice-presidente da FOA.

MAX DAMAS

Engenheiro de Computação com Doutorado em Engenharia de Produção e pós-doutorando em Educação. Executivo acadêmico há mais de 20 anos, tendo ocupado posições de pró-reitoria e reitoria, além de ser membro ativo em comissões consultivas relacionadas à qualidade na educação superior, incluindo representações no INEP, SEMERJ e na ABMES. Destaca-se por sua abordagem inovadora, liderando iniciativas para o aprimoramento da qualidade e adaptação ao cenário regulatório e tecnológico. Atualmente é Assessor da Presidência da FOA e do SEMERJ. Também é autor de livros, palestrante e consultor educacional.





ALESSANDRO OROFINO DE ARAÚJO



Administrador e Mestre em Administração. Experiência de mais de trinta anos como Professor de MBA em Gestão Estratégica e no Desenvolvimento de Lideranças. Experiência em Consultoria e Gestão Universitária em grandes universidades no Brasil. Possui formação em Design em Sustentabilidade (ONU) e Saúde Mental nas Organizações (Hospital Albert Einstein). Atualmente é Assessor da Presidência da FOA.

MARCILENE M. A. FONSECA

Médica, com Mestrado em Saúde e Meio Ambiente. Especialista em Clínica Médica e Saúde da Família. Professora de Semiologia da FOA há 38 anos.



ESTE GUIA É DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA DE SEUS AUTORES, DOCENTES DA INSTITUIÇÃO, QUE CONCEBERAM SEUS OBJETIVOS PEDAGÓGICOS, DEFINIRAM SEUS FUNDAMENTOS CONCEITUAIS, VALIDARAM SEUS CONTEÚDOS CLÍNICOS E ASSUMEM INTEGRALMENTE SUAS IMPLICAÇÕES ACADÊMICAS, ÉTICAS E INSTITUCIONAIS.

EM SUA ELABORAÇÃO, CONTOU-SE TAMBÉM COM O APOIO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL GENERATIVA, UTILIZADAS COMO RECURSO AUXILIAR NA ORGANIZAÇÃO TEXTUAL, NA MELHORIA DA CLAREZA EXPOSITIVA, NA ORDENAÇÃO LÓGICA DE IDEIAS E NA REDUÇÃO DE REDUNDÂNCIAS ESTILÍSTICAS.



FOA

