

E-BOOK

ENSINO BASEADO EM RACIOCÍNIO CLÍNICO



FRANCIS NACELLI
JÚLIO CÉSAR SOARES ARAGÃO



**MESTRADO
PROFISSIONAL
ENSINO EM CIÊNCIAS
DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE**

Francis Nacelli
Júlio César Soares Aragão

ENSINO BASEADO EM RACIOCÍNIO CLÍNICO

PRODUTO DO MESTRADO



**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE**

**Volta Redonda
2021**



SUMÁRIO

PARTE 1 - CONCEITO E ETAPAS DO RACIOCÍNIO CLÍNICO

RACIOCÍNIO CLÍNICO: O QUE É?	5
ETAPAS DO RACIOCÍNIO CLÍNICO: COMO SE DÁ?	7
DADOS: 1ª ETAPA	8
HIPÓTESES: 2ª ETAPA	10
TESTE DAS HIPÓTESES: 3ª ETAPA	12
RESULTADOS: 4ª ETAPA	13
COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA: 5ª ETAPA	14
PLANO TERAPÊUTICO: 6ª ETAPA	16

PARTE 2 - FATORES INTERVENIENTES, SISTEMA ANALÍTICO E NÃO ANALÍTICO, TOMADA DE DECISÃO E HEURÍSTICAS

FATORES INTERVENIENTES	18
SISTEMA ANALÍTICO E NÃO ANALÍTICO	21
TOMADA DE DECISÃO E O PAPEL DA HEURÍSTICA	23

PARTE 3 - REQUISITOS PESSOAIS E PROCESSO COGNITIVO

REQUISITOS PESSOAIS	28
PROCESSO COGNITIVO	29

PARTE 4 - CICLO DE ATRIBUTOS DOCENTES E DISCENTES

CICLO DE ATRIBUTOS: DOCENTES X DISCENTES	32
--	----

PARTE 5 - TEORIA SOCIAL COGNITIVA DE ALBERT BANDURA

INSTRUMENTO DE AÇÃO EDUCACIONAL:	38
TEORIA SOCIAL COGNITIVA DE ALBERT BANDURA	43
CAPACIDADES QUE GOVERNAM APRENDIZAGEM E DESEMPENHO	43
TEORIA SOCIAL COGNITIVA E ENSINO-APRENDIZAGEM	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52



APRESENTAÇÃO

Este manual foi desenvolvido como produto do Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente no Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA como um adjuvante para o trabalho de docente de ensino e indução de Raciocínio Clínico na graduação de Medicina.

O Raciocínio Clínico é uma operação mental complexa que envolve etapas sequenciais que culminam em pontos de etapas de decisão clínica (diagnóstica ou terapêutica).

Frequentemente apontado como peça chave no arsenal de competências a serem adquiridas, o Raciocínio Clínico precisa de atividades de ensino especificamente voltadas para sua aprendizagem e que tenham intencionalidade e desenho voltados para sua indução, fixação e desenvolvimentos adequados.

As explicações contidas neste material foram desenhadas para apoiar o desenvolvimento de competências clínicas que contribuam para uma cultura de qualidade, segurança e eficiência do atendimento firmemente baseadas na integração entre teoria e prática.

Neste contexto, espera-se que as informações contidas nesta obra possam dirimir as dúvidas sobre o assunto e facilitar o processo de mediação docente para alcançar um desenvolvimento adequado e pertinente do processo de Raciocínio Clínico, facilitando o desenvolvimento dessa competência nos estudantes.



PARTE I

**CONCEITO E
ETAPAS DO
RACIOCÍNIO CLÍNICO**

RACIOCÍNIO CLÍNICO: O QUE É?

O sistema educacional é visto como de fundamental importância na preparação do discente para o desempenho profissional. Pesquisadores apontam que teoria e prática do processo de raciocínio clínico apresentam dificuldades tanto em seu entendimento quanto em sua aplicação. Enquanto profissionais experientes o utilizam de forma automática e rotineira, o que acaba resultando em um exercício quase inconsciente de um processo de raciocínio especializado e direcionado, discentes e profissionais recém formados requerem atenção, esforço mental e tempo para organizar e analisar o processo de Raciocínio Clínico (BALDUINO et al., 2012); (AMORIM, 2013).

Para Aragão; Almeida (2017, p. 1)

“o raciocínio clínico é entendido como a capacidade de um médico (ou profissional de saúde) de interpretar dados, formular hipóteses diagnósticas e, após testá-las e comprová-las, propor condutas e estratégias terapêuticas que contribuam para o bem estar do paciente”.

Teoricamente, o Raciocínio Clínico é um conceito complexo de ser explicado e envolve um conjunto de habilidades aprendidas e atitudes necessárias que podem ser divididas em três categorias:

QUADRO 1- HABILIDADES DIFERENCIADAS



Fonte: (CORREA, 2003);(STAMM, 2007);(RODRIGUES; MACHADO, 2016)

ETAPAS DO RACIOCÍNIO CLÍNICO: COMO SE DÁ?

A compreensão das etapas do processo do Raciocínio Clínico permite a capacidade de pensar e raciocinar apoiada nas habilidades para o pensamento crítico, auxiliando na tomada de decisão diagnóstica ou terapêutica.

Assim, como forma didática, as etapas do processo de Raciocínio Clínico podem ser apresentadas como uma cadeia sequencial, em que uma etapa depende da outra para seu funcionamento e desenvolvimento.

Figura 1- Etapas do Processo do Raciocínio Clínico



Fonte: ARAGÃO; ALMEIDA,(2017)

DADOS: 1ª ETAPA

A primeira etapa do processo do Raciocínio Clínico é o momento de conhecer a história do paciente, sua queixa, sua dor, um momento de escuta e de obter informação. Essa fase chama-se também de anamnese, uma principal ferramenta de que o profissional dispõe para levantar hipóteses por meio das queixas apresentadas pelo paciente.

Aos dados obtidos pela anamnese somam-se os achados do exame físico, cuja realização deve ser minuciosa e detalhadamente registrada. O exame físico ainda não pressupõe nenhum grau de orientação para um diagnóstico, apesar de ser dirigido de acordo com a queixa do paciente.

QUADRO 2- ANAMNESE: COLETA DE DADOS

ANAMNESE: COLETA DE DADOS

Identificação do paciente

Nome, idade, data de nascimento, filiação, estado civil, raça, sexo, religião, profissão, naturalidade, endereço e contato.

Queixa principal

Descrição sucinta da razão da consulta.

História da doença atual

Relato do adoecimento, início, principais sinais e sintomas, tempo de duração, forma de evolução, consequências, tratamentos realizados, internações, outras informações relevantes.

História Familiar

Doenças progressivas na família, estado de saúde dos pais, se falecidos, a idade e a causa, principal ocupação dos pais, quantos filhos, forma de relacionamento familiar, nas avaliações psiquiátricas registrar a existência de doença mental na família.

História pessoal

informações sobre sua gestação e doenças intercorrentes da mãe durante a gestação, condições de nascimento, evolução psicomotora; doenças intercorrentes na infância, ciclo vacinal, aprendizado na escola, sociabilidade em casa, na escola e na comunidade; trabalho, adoecimento no trabalho, relações interpessoais na família, no trabalho e na comunidade; puberdade, vida sexual e reprodutiva, menopausa e andropausa; doenças preexistentes relacionadas ou não ao atual adoecimento; situação atual de vida; alguma religião.

Hábitos

Uso de medicamentos sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, entre outros costumes.

Exames

Exames físico, exame mental (para a psiquiatria e neurologia), exames complementares, diagnóstico.

Fonte: Normas previstas na resolução 2056/2013 do Conselho Federal de Medicina (CFM), capítulo XI do Registro em Prontuário da Anamnese e Exame Físico, Prescrições e Evoluções Médicas, artigo 51; modificado pela resolução CFM Nº 2153/2016.

HIPÓTESES: 2ª ETAPA

Após ouvir as queixas do paciente e refletir sobre as informações obtidas, é hora de levantar as possíveis hipóteses. A construção de hipóteses, geralmente em um número de 3 a 5 possíveis diagnósticos, parte do possível problema formulado e refere-se a uma suposição ou solução provisória mediante ao que se supõe e que se destina a ser verificada ou descartada. Cada hipótese levantada implica em um método para a investigação. Apesar do seu caráter provisório, a hipótese é um recurso de que se vale diante da necessidade de superar um problema e obter um conhecimento que ainda é argumentado. Dessa forma, a hipótese contribui para dar um sentido a generalizações e presta a organizar e unificar o conhecimento já adquirido. Não importa se as hipóteses serão substituídas por novas hipóteses; o importante é que o conhecimento científico seja construído e reelaborado para formulação de uma teoria coerente e esclarecedora.

Para Barros (2008, p. 154),

Um bom teste para verificar se estamos no caminho certo no que se refere à formulação de hipóteses é ir já associando cada hipótese aos seus possíveis procedimentos de verificação ou às metodologias a serem empregadas, aos materiais a partir da qual esta verificação poderá ser empreendida, para além da sua base teórica e da sua articulação com o tema.

O papel da hipótese é visto como uma ferramenta que propõe uma função ímpar na elaboração de um diagnóstico correto e preciso; portanto, um recurso indispensável. Segundo o mesmo autor, as hipóteses apresentam algumas funções e são elas;

QUADRO 3- PRINCIPAIS FUNÇÕES DA HIPÓTESES

PRINCIPAIS FUNÇÕES DA HIPÓTESES

Norteadora	Função de nortear e direcionar para qual caminho e procedimento devo seguir;
Complementadora	Função de arrematar e preencher lacunas para expor esclarecimento;
Argumentativa	Função de conduzir a indução e deduzir algo;
Interpretativa	Função de determinar, propor possível solução para algo investigado;

(BARROS, 2008, p. 152) a hipótese é na verdade, um recurso de que se vale o raciocínio humano diante da necessidade de superar o impasse produzido pela formulação de um problema e diante do interesse em adquirir um conhecimento que ainda não se tem.

Fonte: Barros (2008).

TESTE DAS HIPÓTESES: 3ª ETAPA

Essa etapa se constitui da testagem sistemática das hipóteses levantadas a partir do conhecimento que embasou sua formulação inicial. Isso permite verificar se os dados amostrais trazem evidência e se se decide entre duas ou mais hipóteses. “O cientista propõe uma hipótese, define suas implicações e delineaia experimentos para testar a hipótese. Se o experimento contradiz sua hipótese, ela é eliminada; se confirma as expectativas, a hipótese é suportada”. (RÉA-NETO, 1998, p. 302).

Vale lembrar que se deve evitar olhar para os exames complementares antes de ouvir e examinar o paciente. Os exames servem como complementos para a coleta de dados e exame físico. Caso a coleta de dados e exame físico sejam falhos, aí sim, os exames laboratoriais e de imagem necessitam ser mais completos, e seus resultados possivelmente serão menos elucidantes que os obtidos de uma boa investigação inicial.

Figura 2- Tipos de exames



Fonte: SANTOS et al. (2020)

RESULTADOS: 4ª ETAPA

Após colher dados e testar hipóteses, é chegado o momento de escolher exames complementares que auxiliarão nas hipóteses levantadas, situação que envolve estudo, análise e reflexão e solicitação de exames. O resultado deve ser usado para confirmar ou reforçar a probabilidade da hipótese ou do problema e assim eliminar outras. É um momento de comparar, um processo que parte do desconhecido para o conhecido. O resultado do exame ou procedimento diagnóstico confirmará ou não a hipótese levantada que poderá fornecer novas pistas da doença, ou da queixa ouvida. Nessa fase, acontecem duas situações que se desenvolvem em paralelo: a confirmação de uma hipótese diagnóstica e o descarte de outras condições mórbidas.

Figura 3- Elementos dos Resultados



Fonte: IDÁNEZ; ANDER-EGG, (2008, p. 19); PEIXOTO; SANTOS; FARIA, (2018).

COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA: 5ª ETAPA

Na quinta etapa, o profissional com a visão clara da hipótese e com o resultado dos exames é possível decidir por um diagnóstico correto e conciso. O diagnóstico deve ser uma síntese da situação-problema e deve estabelecer a interligação dos elementos e a elaboração de um programa de ação. Esta breve referência à estrutura verbal do termo serve como primeira aproximação para definir o conceito que se deseja esclarecer.

Um diagnóstico apoia-se nos resultados para a compreensão dos dados e na formulação de proposta de intervenção. Não se realiza apenas para saber, mas também para saber o que se deve fazer e como intervir. “Qualquer diagnóstico é sempre apoiado numa investigação aplicada. Trata-se de realizar um estudo com a finalidade de obter conhecimentos para produzir mudanças introduzidas e/ou planejadas” (IDÁNEZ; ANDER-EGG, 2008, p. 19).

Chegar a um diagnóstico não é uma tarefa fácil e rápida e, sim, um caminho que requer conhecimento com aplicabilidade de conteúdo, experiência com aplicação de procedimentos e recursos disponíveis para exames complementares. Diagnosticar representa uma qualificação dada aos profissionais que traz em si a aspiração em determinar uma doença pela observação de seus sintomas. “Diagnóstico surgiu como discernimento, capacidade de decisão e, hoje, significa, de forma nitidamente predominante, senão exclusiva, o ato médico de determinar a causa dos sintomas ou da doença”. (SAVART; et al., 2004, p. 2

Figura 4- Finalidades do papel de diagnóstico

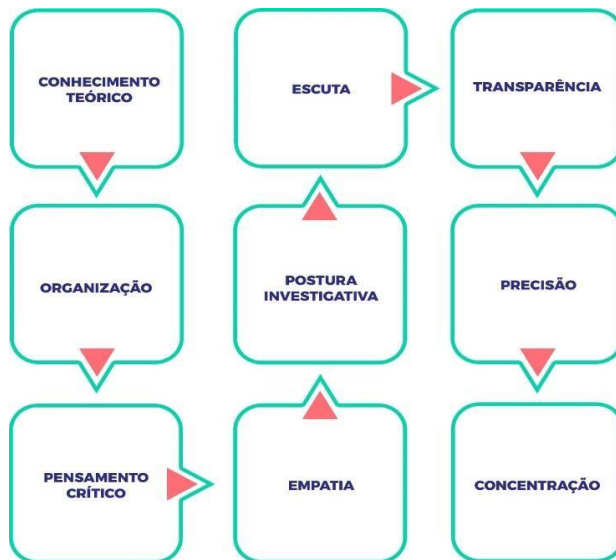


Fonte: FINELLI; MENDONÇA (2015)

PLANO TERAPÊUTICO: 6ª ETAPA

Nessa fase, o profissional já pode iniciar seu planejamento para o paciente, indicando intervenções para a situação analisada. Com o diagnóstico correto, torna-se possível uma melhor alternativa terapêutica com mais confiança na evolução do prognóstico da doença. Para alcançar padrões de precisão diagnóstica, o profissional precisa contar com coerência nas competências atribuídas ao exercício da medicina ou área afim, habilidades, conhecimento e experiência são algumas delas. Vários fatores podem interferir no processo de tomada de decisão: conhecimento teórico, experiência adquirida na prática, capacidade de julgamento, raciocínio e bom senso. (CARVALHO; OLIVEIRA-KUMAKURA; MORAIS, 2017, p. 692).

Figura 5- Habilidades para fechamento de plano terapêutico



Fonte: CARVALHO; OLIVEIRA-KUMAKURA; MORAIS (2017).



PARTE 2

**FATORES
INTERVEIENTES,
SISTEMA ANALÍTICO
E NÃO ANALÍTICO,
TOMADA DE DECISÃO
E HEURÍSTICAS**

FATORES INTERVENIENTES

Eventos adversos e resultados inadequados são identificados e registrados em decorrência de imprudência e negligência durante o tratamento. Tais eventos refletem o distanciamento entre o cuidado real e o cuidado ideal. (DUARTE et al., 2015).

Apesar da miríade de novos recursos, o erro humano é um dos fatores que se destaca em profissionais de saúde em decorrência de negligência, excesso de autoconfiança, falta de conhecimento, falta de experiência, deduções, questões psicológicas e emocionais e tantos outros fatores que atingem os pacientes.

Para Duarte et al; (2015, p.145) “o erro ou incidente pode ser definido como o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente, podendo ser oriundo de atos intencionais ou não”.

Dessa forma, serão abordados fatores intervenientes que impendem e/ou atrapalham o processo de raciocínio clínico e atitudes favoráveis para a evolução do processo. **Figura 6-** Fatores Intervenientes do Processo de Raciocínio Clínico



Fonte: Elaborado pela autora

Figura 7- Ciclo de exemplo de fatores intervenientes



Fonte: Elaborado pela autora

QUADRO 4- FATORES E ATITUDES FAVORÁVIES AO PROCESSO DE RACIOCÍNIO CLÍNICO

ETAPAS	FATORES E ATITUDES FAVORÁVEIS
DADOS	Interesse Objetividade Segurança Conhecimento Experiência Escuta ativa Roteiro Tipo de perguntas (aberta e fechada)
HIPÓTESES	Atenção Raciocínio rápido Supervisão Postura investigativa Hipóteses de acordo com a doença Solicitação de exames condizentes a queixa Julgamento crítico
TESTES DAS HIPÓTESES	Agilidade Objetividade Conhecimento
RESULTADOS	Exames complementares Revisão das hipóteses Objetividade, atenção Agilidade Conhecimento Postura investigativa Julgamento clínico
COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA	Exames complementares Atenção Supervisão Raciocínio, memória Tomada de decisão Pensamento crítico
PLANO TERAPÊUTICO	Segurança Atenção, concentração Raciocínio Memória Pensamento Crítico Autoconhecimento

Fonte: Elaborado pela autora

SISTEMA ANALÍTICO E NÃO ANALÍTICO

Figura 8- Tomada de Decisão: Sistema Analítico e Não Analítico



Fonte: Quaresma; Xavier; Cezar-Vaz, (2019).

Quando se trata de processamento de informações que possibilitam a tomada de decisões em um contexto clínico, a realidade é um processo e o ser humano se utiliza de mecanismos para facilitar o andamento decisório: um rápido e indutivo e outro lento e dedutivo que originam a Teoria do Processo Dual.

Na contemporaneidade, um dos estudiosos referentes a Teoria do Processo Dual é o teórico israelense Daniel Kahneman. Nessa Teoria do Processo Dual, a estruturação do raciocínio clínico possui dois componentes: um não analítico e outro analítico.

Quaresma; Xavier; Cezar-Vaz (2019) propõem em seu artigo "Raciocínio clínico do enfermeiro: uma abordagem segundo a Teoria do Processo Dual" em que o Raciocínio Clínico é composto de dois sistemas de processos de informação que permitem, assim, a tomada de decisão.

Figura 9- Características dos Sistemas

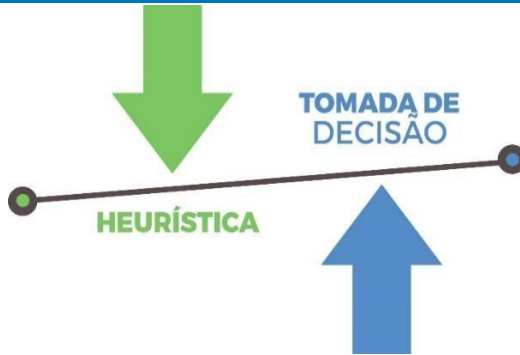


Fonte: Quaresma; Xavier; Cezar-Vaz, (2019).

Embora os dois componentes tenham características específicas, os dois atuam também em conjunto. No entanto, o Analítico funciona de forma lenta e dedutiva e o Não-Analítico, de forma rápida e indutiva.

O sistema Analítico normalmente funciona monitorando as atividades do sistema Não-Analítico, a fim de identificar e corrigir possíveis erros. Esses erros gerados pelo Não-Analítico caem, às vezes, no risco de viés ao comparar situações distintas, e o Analítico consegue barrar esses erros corrigindo e reeducando os padrões do sistema Não-Analítico. Quando isso não ocorre, acontecem equívocos na produção de pensamentos e tomada de decisões. Quando o processo Não-Analítico apresenta dificuldades em processar conteúdos, o Analítico é ativado e o conteúdo é interpretado e analisado; realizando, portanto, o processo de tomada de decisão. O raciocínio Analítico repousa sobre a atenção e o esforço mental, fortalecendo sua validade. Vale lembrar que, quando ocorrem erros relacionados a esse componente de raciocínio, o indivíduo apresenta carência de conhecimentos, pouco esforço mental e desatenção durante o processo.(QUARESMA; XAVIER; CEZAR-VAZ, 2019). Dessa forma, a conjectura da Teoria do Processo Dual, bem como o conhecimento dos fatores nesse processo, apresenta potencial em beneficiar a promoção e a redução de erros de raciocínio e aperfeiçoar e aprimorar as habilidades nas práticas assistenciais.

TOMADA DE DECISÃO E O PAPEL DA HEURÍSTICA



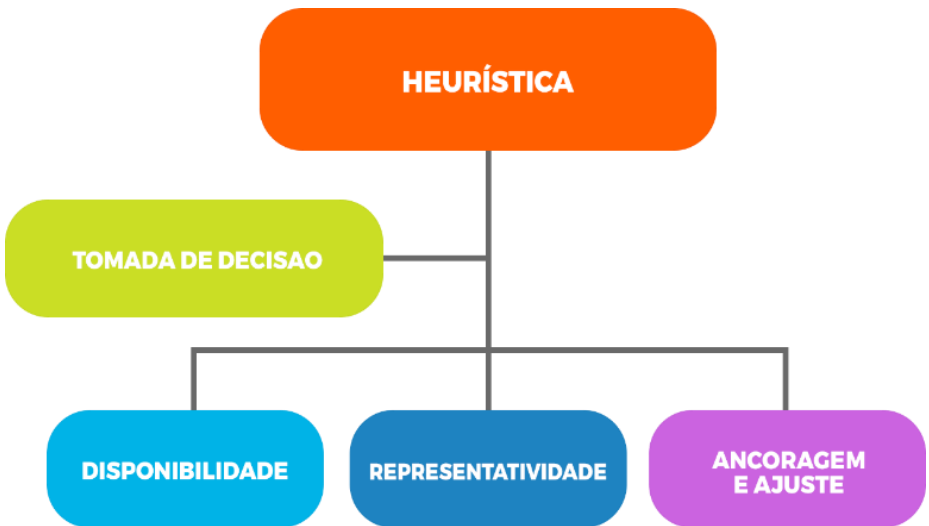
Para D' Carlos, Barbosa, Oliveira, (2017, p.19), "heurísticas têm o objetivo de instruir pessoas sobre um determinado assunto, indicando a melhor maneira de realizar uma tarefa para se evitar erros mais comuns". Pode-se dizer que são ferramentas que ajudam a encontrar respostas para maior parte dos problemas de uma maneira mais fácil, sem exigir muito esforço mental. Geralmente, em muitos casos, as respostas estarão certas, isso se o profissional possuir experiência e souber o que está fazendo.

De certa forma, quando carece tomar diversas decisões complexas de forma rápida, as heurísticas possuem papel fundamental, pois viabilizam escolhas adequadas. São regras ou estratégias que agilizam e/ou simplificam a avaliação das informações e conduzem à decisão adequada. (TONETTO et al., 2006). Porém, outras vezes a hipótese levantada pela primeira vez não coincidirá com o problema do paciente, isso por que as heurísticas podem induzir a erros de percepção, avaliação e julgamento que escapam à racionalidade ou estão em desacordo com a teoria da estatística. Para o mesmo autor, esses erros ocorrem de forma sistemática e previsível em determinadas circunstâncias, e são chamados de vieses cognitivos. Um exemplo de viés cognitivo é o fechamento prematuro de um diagnóstico, sem levantamento do pensamento analítico. (TANAKA, 2010).

Nem sempre as decisões são conscientes e racionais. Muitas vezes, as decisões são baseadas em informações incompletas e imperfeitas, não havendo comparações, raciocínio, pensamento crítico e ciência das possíveis variáveis, o que muitas vezes prejudica um diagnóstico. Para Tonetto et al., (2006), muitas tomadas de decisão são feitas sob incertezas quando se desconhecem as probabilidades associadas aos possíveis resultados de uma tarefa decisória. Problemas de tomada de decisão consistem em falta de conhecimento e de experiência. Compreender como a mente trabalha durante o processo decisório é de suma importância para evitar a formação de julgamentos e incertezas que levam a atalhos mentais e, então, cometerem erro diagnóstico.

A seguir, três aspectos das heurísticas – disponibilidade, representatividade e ancoragem e ajuste.

Figura 10- Aspectos das Heurísticas



Disponibilidade

TOMADA DE DECISÃO

A tomada de decisão com base na frequência de dados que vem à mente com facilidade;

Diante de uma tomada de decisão, lembram-se rapidamente de alguns exemplos e, como esses exemplos estão mais disponíveis na memória, provavelmente, serão julgados os resultados como sendo mais comuns de ocorrer.

O julgamento de probabilidade é feito nos casos que se conhecem;

RISCO

Equívocos e erros de processamento da informação.

RACIOCÍNIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

Levantamento de diagnóstico prematuro, sem fazer o processo de raciocínio clínico e nem o pensamento crítico.

Representatividade

TOMADA DE DECISÃO

Tomada de decisão com base na semelhança, na qual a informação aparece na mente.

Tomada de decisão comparando a situação atual com o protótipo mental mais representativo.

RISCO

Não levam em conta vários fatores que devem ser apreciados no julgamento de probabilidades.

Avaliam a probabilidade pela representatividade, conseqüentemente, omitem probabilidades anteriores.

RACIOCÍNIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

Diagnóstico baseado em doenças semelhantes ou por similaridade, não levando em conta outros fatores.

Ancoragem e Ajustamento

TOMADA DE DECISÃO

O indivíduo baseia sua estimativa no resultado de um cálculo incompleto.

Tomada de decisão envolve escolhas que são influenciadas pelas emoções que são experimentadas no momento da tomada de decisão.

RISCO

Tendência a ajustar a resposta com base em alguma informação inicial disponível que servirá como âncora. Essa âncora pode influenciar no diagnóstico final.

RACIOCÍNIO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

Diagnóstico baseado em informação incompletas, com economia de tempo e esforço cognitivo.

Fonte: TONETTO et al., (2006)



PARTE 3

**REQUISITOS PESSOAIS
E
PROCESSO COGNITIVO**

REQUISITOS PESSOAIS

O processo de Raciocínio Clínico é uma tarefa fundamental nas atividades no campo da saúde. Seu desempenho depende de múltiplos fatores e seu resultado final necessita de requisitos que envolvam análise e síntese adequadas aos dados clínicos e qualidade de decisões.(RÉA-NETO,1998). Para isso ocorrer, é preciso a junção de elementos que contribuam para o progresso.

Figura11- Requisitos pessoais para a elaboração do Raciocínio Clínico



CONHECIMENTO TÉCNICO

Estudo e conexão com a teoria e prática

EXPERIÊNCIA

Observação, prática, análise

SUPERVISÃO

Mentor que auxilie

AUTO CONHECIMENTO

Crenças, condicionamento, empatia, autocontrole, memória, consciência

Fonte:(RÉA-NETO, 1998); (AMORIM, 2013); (STAMM, 2007); (ARAGÃO; ALMEIDA, 2017).

PROCESSO COGNITIVO

“O Raciocínio Clínico se refere ao processo cognitivo por intermédio do qual o médico é capaz de estabelecer o diagnóstico correto e propor uma conduta adequada frente a um problema clínico encontrado”. (PEIXOTO; SANTOS; FARIA, 2018, p. 73). O processo de construção de Raciocínio Clínico é uma atividade cognitiva complexa, trabalhosa e lenta. Isso se dá pela quantidade de informação em que a atividade cognitiva é construída: raciocínio, memória, percepção e linguagem são algumas delas. Eis os conceitos de cada um deles.

Figura 12- Processo Cognitivo



Fonte: (AMORIM; SILVA, 2014); (MOURÃO; FARIA,2015); (OLIVEIRA; MOURÃO,2013);(DELIBERATO, 2017).

Figura 13- Raciocínio Clínico e Processo Cognitivo



Fonte: Elaborado pela autora

O processo cognitivo é um dos fatores que diferenciam o ser humano de outros animais. Responsável pela memória, pensamento, raciocínio, linguagem, coerência, entre outras esferas, o processamento cognitivo se inicia no recebimento das informações, passa pelos sentidos, para assim, dar significados e ser organizado de acordo com as capacidades da mente. “O processo cognitivo refere-se ao estudo do processamento das informações, ou seja, como os seres humanos percebem, processam, codificam, estocam, recuperam e utilizam a informação” (PEIXOTO; SANTOS; FARIA, 2018, p. 77).



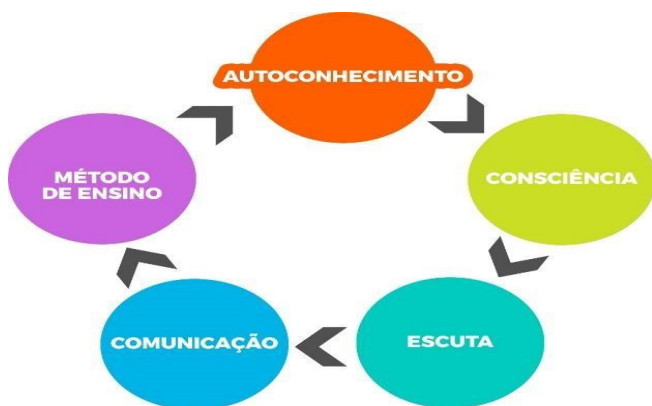
PARTE 4

**CICLO DE ATRIBUTOS
DOCENTES
E DISCENTES**

CICLO DE ATRIBUTOS: DOCENTES X DISCENTES

“A sala de aula é o principal espaço em que são trabalhadas as relações iniciais entre discente e professor”. (CUSTÓDIO et al., 2019, p. 118). Na interação entre docente e discente, o professor tem um papel fundamental no desenvolvimento de um bom desempenho e habilidade do seu aluno. É o docente que desperta no aluno o interesse em aprofundar mais sobre tal assunto. Necessariamente o professor deve ser alguém que tenha a sensibilidade em interagir e olhar para a classe de modo singular. Na concepção de Paulo Freire 1996, p.25 apud (GADOTTI, M. 2007, p. 32) “Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de maior aprofundamento nas discussões e estudos sobre a relação do docente e discente, sobretudo no que diz a respeito à metodologia de ensino-aprendizagem que impacta diretamente na formação do discente. Apresenta-se a seguir um ciclo de atributos para habilidades de ensino para docente.

Figura 14- Habilidades de aprendizagem para docentes: Ciclo de Atributos



Fonte: Elaborado pela autora

Autoconhecimento: (Habilidade: conhecimento de si mesmo);

- Pensamento, sentimento e ação estão interligados;
- Autoconsciência nos permite observar em ação;
- Cientes de seus pensamentos tendem a controlar mais as suas emoções;
- Ampliação da empatia de modo a experimentar diferentes visões;
- Memória é usada para conhecer fatos e a experiência serve de base para decisão;

(GADOTTI, M. 2007); (BALDUINO et al., 2012)

Consciência: (habilidade: empatia)

- Conscientizar que o raciocínio clínico no discente está em um processo de construção e formação, e isso engloba; conhecimento, experiência, pensamento crítico, cognição;
- Desenvolver empatia e paciência diante do ensino-aprendizagem;
- Conscientizar se a metodologia de ensino é eficaz no processo de ensino-aprendizagem;
- Reconhecer e respeitar que a apropriação de aprendizagem varia entre discentes;
- Estabelecer novas formas de relacionamento para com o discente;

(MADRUGA; SILVA, 2009); (GADOTTI, 2007); (NUNES et al., 2013);

(BALDUINO et al., 2012); (ARAGÃO; ALMEIDA, 2017)

Escuta: (habilidade: paciência)

- Exercitar e aperfeiçoar a escuta diante do discente;
- Reconhecer que o outro é fonte de possível percepção diferenciada e tem algo a contribuir;
- Desenvolver uma escuta com foco, atenção e concentração;
- Reconhecer que a escuta requer empatia;
- Gerenciar a escuta sem preconceitos, deduções e críticas;

(MESQUITA; CARVALHO, 2014); (MOURA; GIANNELLA, 2016); (SOARES et al., 2014); (GADOTTI, 2007); (NUNES et al., 2013); (BALDUINO et al., 2012)

Comunicação: (habilidade: clareza)

- Gerenciar a sua fala de modo que o outro te escuta e entenda;
- Reconhecer que não é o que você fala, mas como voce fala que interfere no ensino-aprendizagem;
- Conhecer que reagimos de maneira diferentes a mesma coisa dependendo de como ela é apresentada;
- Conscientizar que as expressões não verbais são uma forma de se comunicar;
- Medir a emoção na voz com pausas, clareza, ritmo, intensidade e firmeza; (CASTRO; SILVA, 2001); (GADOTTI, 2007); (NUNES et al., 2013)

Método de Ensino: (Habiliade: cognição)

- Estimular a conexão da teoria com a prática, realizar confronto com a literatura;
- Integrar ações e programas para o aprimoramento do raciocínio clínico;
- Desenvolver métodos de ensino que desenvolva o pensameto crítico no discente;
- Usar adequadamente as informações para que o discente seja capaz diagnosticar e solucionar problemas de saúde;
- Comprometer-se com o processo de ensino e desenvolvimento de assimilação de conteúdo; (SOARES et al., 2014); (MELO-DIAS; SILVA, 2019); (GADOTTI, 2007); (NUNES et al., 2013); (ARAGÃO; ALMEIDA,2017).

Figura 15-Habilidades de aprendizagem para discente: ciclo de atributos



Fonte: Elaborado pela autora

Autoconhecimento

- Gerenciar emoções como estresse e ansiedade que comprometam na formação e na prática;
- Conscientizar que pensamento, sentimento e ação estão interligados;
- Desenvolver uma postura investigativa, com escuta neutra e fala técnica;
- Monitorar e regular seus próprios atos por meio de influências autorreativas;
- Identificar crenças e condicionamentos e fragilidades que influenciam na fala e postura;

(MELO-DIAS; SILVA, 2019); (MADRUGA; SILVA, 2009); (BALDUINO et al., 2012); (PIOVEZAN, 2008)

Cognição

- Relacionar o pensamento crítico com raciocínio, atenção e observação;
- Aperfeiçoar a escuta com foco, atenção e concentração;
- Desenvolver estratégias para a formulação de hipóteses e diagnóstico;
- Gerenciar a aprendizagem pela observação através de quatro processos; a atenção, a memorização, o comportamento, e a motivação;
- Desenvolver uma relação triádica recíproca entre os estímulos internos, os estímulos externos, e o comportamento.

(CASTRO; SILVA, 2001); (MELO-DIAS; SILVA, 2019); (SOARES et al., 2014);
(AMORIM, 2013); (MADRUGA; SILVA, 2009)

Método de Aprendizagem

- Desenvolver um método de aprendizagem com tomada de escuta, observação, comunicação e leitura;
- Assegurar que sua formação e prática deve ser forma contínua e integrada;
- Possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- Gerenciar a escuta sem preconceitos, deduções e críticas;
- Submeter em estágios; programas de extensão; estudos complementares e cursos, assumindo com o compromisso ético, humanístico e social com a formação.

(CASTRO; SILVA, 2001); (MELO-DIAS; SILVA, 2019); (SOARES et al., 2014);
(AMORIM, 2013); (PIOVEZAN, 2008)



PARTE 5

TEORIA SOCIAL COGNITIVA DE ALBERT BANDURA

**(RACIOCÍNIO CLÍNICO
E ENSINO-APRENDIZAGEM)**

INSTRUMENTO DE AÇÃO EDUCACIONAL: TEORIA SOCIAL COGNITIVA DE ALBERT BANDURA

No início da década de 60, Albert Bandura propôs a Teoria da Aprendizagem Social que, após reformulações, passou a ser denominada de Teoria Social Cognitiva (1986). O Psicólogo canadense oferece uma base teórica sobre a Aprendizagem Social ao definir que o desenvolvimento e o funcionamento de uma pessoa consistem na relação entre os estímulos internos, estímulos externos e o comportamento. Para Torisu; Ferreira, (2009) o comportamento do indivíduo, os fatores pessoais e o ambiente influenciam-se mutuamente na Teoria Social Cognitiva e essa relação é denominada como a reciprocidade triádica. O ser humano é um ser social, e pensar no processo de ensino e aprendizagem configura uma gama de aspectos inter-relacionados. Assim, nesse modelo de intervenção baseado na Aprendizagem Social, o aprendizado se dá por meio da observação e da experiência e é mantido ou modificado pelas consequências sociais, num processo de fatores intrínsecos e extrínsecos. Segundo Melo-Dias; Silva, (2019, p. 104), “é através da simbolização do mundo e de si próprio que a pessoa processa e transforma momentos, elementos e transições em modelos cognitivos que se constituíram como guias para o raciocínio e para a ação”.

Nesse contexto, os docentes podem trabalhar para melhorar os estados emocionais, habilidades acadêmicas e práticas, hábitos negativos, crenças errôneas, atuando de maneira a difundir o sucesso dos discentes. (TORISU; FERREIRA,2009). Dessa forma, o conhecimento dos princípios dos procedimentos de modelação serve como recursos para planejar, executar e avaliar o ensino de conhecimentos, ações e habilidades para com seu discente. Utilizando a Teoria Social Cognitiva como referência, a aprendizagem pela observação é assim governada por quatro processos interdependentes: atenção, memorização, comportamento e motivação. Portanto, a utilização desses processos inova comportamentos e concretiza novas escolhas. Nesse sentido, apresentam-se os quatros processos necessários para a indução de raciocínio

clínico por observação por intermédio da Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura.

Figura 16- Aprendizagem por observação



Fonte: TORISU; FERREIRA, (2009).

QUATRO 5- PRIMEIRO ELEMENTO: ATENÇÃO

ATENÇÃO: OBSERVAÇÃO	
CONCEITO	Aprendizagem se dá pela modelagem (observação) através da atenção ao imitar um modelo (professor).
COMO OCORRE	Aprendemos observando o desempenho de modelos quer por observação direta ou leituras ou de outros instrumentos mediadores. Dessa forma quanto maior a capacidade de prolongar a atenção para processar a informação e comparar o desempenho com as representações maior é a forma de aprendizagem.
APLICAÇÃO DA ATENÇÃO NO AUXÍLIO RC	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção na fala e comportamento do docente; - Atenção prolongada no método de ensino; - Atenção nos aspetos significativos dos comportamentos; - Atenção nas atividades complexas e nas tarefa afetiva; - Atenção na representações simbólicas que irão guiar o comportamento futuro; - Observação no processo de raciocínio para a formulação de diagnóstico; - Observação nos exemplos como forma de aprendizagem; - Observação nas ações que irão precisar desempenhar futuramente; - Ser seletiva em relação ao que observa; - Formulação de novas idéias e comportamentos; - Objetivos focam a atenção.

Fonte:(MADRUGA; SILVA, 2009); (AMORIM, 2013); (MELO-DIAS; SILVA, 2019); (GUEDES; OLIVEIRA, 2013); (AZEVEDO, 1997); (TORISU; FERREIRA, 2009); (AGUIAR, 1998); (POLYDORO; AZZI, 2009).

QUADRO 6- SEGUNDO ELEMENTO: MEMÓRIA

MEMÓRIA: RETENÇÃO DE INFORMAÇÃO

CONCEITO

Compreende a informação proveniente da observação que é codificada, traduzida e armazenada no nosso cérebro, de acordo com uma organização por padrões, em forma de imagens e de construções verbais.

COMO OCORRE

Recordamos melhor quando lidamos com situações similares aos ambientes de aprendizagem iniciais e assim recordam e aplicam o que aprendemos.

APLICAÇÃO DA MEMÓRIA NO AUXÍLIO DO RC

- Retenção de informação através da observação;
- Capacidade em lembrar o que observou;
- Codificação de símbolos;
- Capacidade de retenção e organização dessa codificação simbólica;
- Ensaio de representação e encenação;
- Probabilidade de reproduzir informações;
- Aprendizagem de novos conteúdos com a informação previamente armazenada na memória;
- Capacidade de lembrar na ausência do modelo;
- Melhor recordação e retenção quando lidamos com situações similares aos ambientes de aprendizagem iniciais;
- Os elementos memorizados são guias para o desempenho do observador;
- A retenção de informação facilita a ação e execução do conteúdo memorizado;

Fonte:(MADRUGA; SILVA, 2009); (AMORIM, 2013); (MELO-DIAS; SILVA, 2019); (GUEDES; OLIVEIRA, 2013); (AZEVEDO, 1997); (TORISU; FERREIRA, 2009); (AGUIAR, 1998); (POLYDORO; AZZI, 2009).

QUADRO 7 -TERCEIRO ELEMENTO: EXECUÇÃO

COMPORTAMENTO: EXECUÇÃO E AÇÃO

CONCEITO

A reprodução consiste na capacidade de traduzir as concepções simbólicas do comportamento armazenadas na memória em ações.

COMO OCORRE

Na produção de comportamento, o observador avalia suas capacidades, organiza e reorganiza e decide as respostas como ação corretiva.

APLICAÇÃO DO COMPORTAMENTO NO AUXÍLIO DO RC

- Reprodução das compreensões simbólicas memorizadas quando há ação;
- Ações com consequências positivas tendem a continuar e ações com consequências negativas tendem a diminuir ou desaparecer;
- Comportamento pode ser corrigidos pela retroação;
- Esforço e a persistência, por sua vez, atuam no sentido de melhorar o desempenho;
Informação e concepções são comparadas com novas informação fornecidas;
- A observação deve ser convertida em ação, assim surge um novo comportamento;
- Operações auto-reguladoras e feedback corretivos são convertidas em desempenhos proficientes;
- O comportamento do indivíduo, os fatores pessoais e o ambiente influenciam-se mutuamente;
- Executar é responsável pela cópia das ações do modelo;
Probabilidade do aprendizado ocorra, seja reproduzido quando é reforçado.

Fonte: (MADRUGA; SILVA, 2009); (AMORIM, 2013); (MELO-DIAS; SILVA, 2019); (GUEDES; OLIVEIRA, 2013); (AZEVEDO, 1997); (TORISU; FERREIRA, 2009); (AGUIAR, 1998); (POLYDORO; AZZI, 2009).

QUADRO 8- QUARTO ELEMENTO:MOTIVAÇÃO

MOTIVAÇÃO: REFORÇO

CONCEITO

Comportamento motivado é um comportamento dirigido a um objetivo;

COMO OCORRE

Um comportamento aprendido só será executado se o observador estiver motivado a fazê-lo;

APLICAÇÃO DO MOTIVAÇÃO NO AUXILIO DO RC

- Observadores são motivados a aprender por meio de punição e recompensa;
- Comparações com comportamento com padrões internos num processo de autoavaliação, autodireção e autorreforço.
- Comportamento acima dos seus padrões sentimento de satisfação, abaixo dos seus padrões, sentimentos de insatisfação e culpa;
- Resultados insatisfatórios ou consequências servem de motivação;
- Os incentivos podem ser extrínsecos ou intrínsecos.
- Objetivos e autoavaliação são elementos importantes da motivação.
- Objetivos melhoram o desempenho, sobre mecanismos cognitivos e motivacionais.
- Observador são seletivos ao que focam e é influenciado pela sua motivação;

Fonte: (MADRUGA; SILVA, 2009); (AMORIM, 2013); (MELO-DIAS; SILVA, 2019); (GUEDES; OLIVEIRA, 2013); (AZEVEDO, 1997); (TORISU; FERREIRA, 2009); (AGUIAR, 1998); (POLYDORO; AZZI, 2009).

CAPACIDADES QUE GOVERNAM APRENDIZAGEM E DESEMPENHO

Seguindo a linha da Teoria de Bandura, o comportamento humano exige diferentes capacidades fundamentais. A aprendizagem é uma atividade de processamento e codificação de informação transformada em ação. Para Melo-Dias; Silva (2019, p. 103),

a interação entre a pessoa e as suas próprias capacidades além da produção de determinados resultados, é em si mesmo o percurso que também influencia o seu desenvolvimento como pessoa e o seu funcionamento psicossocial numa complexa rede de interações recíprocas.

Dessa forma, a Teoria Social Cognitiva contribui fortemente para os estudos do desenvolvimento humano que pressupõe uma rede de esquemas de conhecimento e de capacidades. Evidencia-se abaixo, a contribuição das capacidades em cada etapa do processo de raciocínio clínico.

Figura 17- Contribuição das dimensões para as Etapas do Raciocínio Clínico



Fonte: (MELO-DIAS; SILVA, 2019),(AZEVEDO, 1997),(POLYDORO; AZZI, 2009)

QUADRO 9-PREVISÃO E AUTORREGULAÇÃO

PREVISÃO	DADOS Estabelecer um checklist para a anamnese com intuito em redirecionar a entrevista.	HIPÓTESE Estabelecer uma escuta neutra para não cair na armadilha de condicionamento.	TESTE DE HIPÓTESES Conscientizar e monitorizar julgamentos antes de solicitar exames.
	RESULTADO Analisar os exames levantando em conta o histórico do paciente.	COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA Planejar ações de modo a obter melhor probabilidade de resultados.	PLANO TERAPÊUTICO Precaver situações de mudanças.
AUTORREGULAÇÃO	DADOS Estabelecer coerência entre pensamento e fala e comportamento diante a coleta de informação.	HIPÓTESE Controlar e avaliar seus processos cognitivos, motivacionais, afetivo.	TESTE DE HIPÓTESES Possuir autoconhecimento sobre o próprio modo de aprender, suas possibilidades e limitações.
	RESULTADO Fazer ajustes em performances atuais, possibilitando um contínuo aprimoramento.	COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA Aprender por meio dos diferentes modelos.	PLANO TERAPÊUTICO Estabelecer objetivos, usar estratégias cognitivas apropriadas.

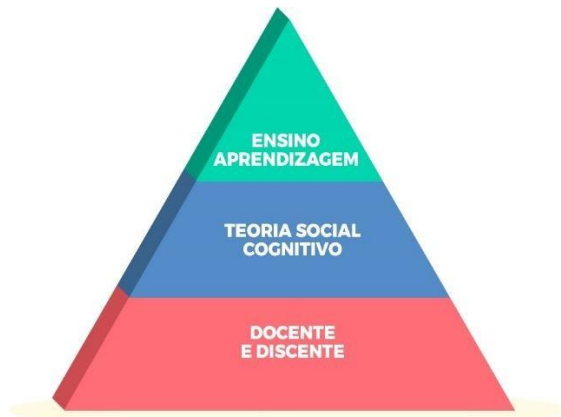
Fonte: (MELO-DIAS; SILVA, 2019),(AZEVEDO, 1997),(POLYDORO; AZZI, 2009)

QUADRO 10- AUTORREFLEXÃO E AUTOEFICÁCIA

AUTORREFLEXÃO	DADOS	Analisar se há uma observação ativa que permita uma lógica de raciocínio.	HIPÓTESE	Discriminar entre pensamentos corretos e pensamentos perturbados ou incorretos.	TESTE DE HIPÓTESES	Monitorar se há uma intervenção de forma diferenciada.
	RESULTADO	Mudar de hipótese caso o exame exigir, adequando a novos resultados.	COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA	Discriminar melhor diagnóstico, julgando-as perante os resultados.	PLANO TERAPÊUTICO	Organizar conteúdos que possibilite um tratamento adequado às características experimentais e pessoais do paciente.
	DADOS	Perceber pistas ou sinais relevantes como expressão facial dos pacientes.	HIPÓTESE	Solicitar supervisão frente a insegurança na elaboração de hipótese.	TESTE DE HIPÓTESES	Conhecer os tipos de exames.
AUTOEFICÁCIA	RESULTADO	Atentar as diversas variáveis que terão de ser processadas, ponderadas e integradas entre hipóteses e exames.	COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA	Aperfeiçoar conhecimento técnico para melhor diagnosticar.	PLANO TERAPÊUTICO	Desenvolver empatia pelo paciente.

Fonte: (MELO-DIAS; SILVA, 2019),(AZEVEDO, 1997),(POLYDORO; AZZI, 2009)

TEORIA SOCIAL COGNITIVA E ENSINO-APRENDIZAGEM



A relevância do processo de ensino e aprendizagem ocupa um lugar de destaque para domínio de conhecimento e desenvolvimento de habilidades. A dimensão de ensinar e aprender implica vincular os conteúdos de ensino a exigências teóricas e práticas, num processo de assimilação e apropriação. A direção do processo de ensino visa procedimentos, métodos e conhecimento de diretrizes.(LIBANEO, 1990).

O docente, ao dirigir o processo de ensino, deve utilizar um conjunto de ações que melhor atenda à assimilação de conteúdo exposto. Dessa forma, o processo de ensinar e aprender caracteriza-se pela combinação das atividades entre professor e aluno, e a direção eficaz desse processo depende da relação de objetivo, conteúdo e método. Pode-se dizer, assim, que essas considerações procuram mostrar a necessidade de o docente adotar uma postura positiva e motivadora que incentiva e estimula o aluno a desenvolver comportamento crítico perante os problemas e fatos da realidade.

Para isso a Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, uma área da Psicologia Cognitiva que faz parte da área da Teoria da Aprendizagem Social, auxilia não apenas

na compreensão do comportamento humano, mas, também na autoeficácia, um dos pilares da teoria de Bandura. A autoeficácia possibilita ao aluno sentir-se mais motivado e mais capacitado ao realizar uma tarefa com melhor oportunidade de sucesso, uma vez que ele possuirá crenças de autoeficácia. Para Bandura (1986), a autoeficácia percebida “é definida pelos julgamentos das pessoas sobre suas capacidades em organizar cursos de ação requeridos para obter determinados tipos de desempenho.”

Para isso, o professor precisa conhecer, colocar em prática a teoria e possibilitar ao aluno crenças de autoeficácia e, dessa forma, agir a favor da transformação e do autodesenvolvimento do aluno.

Figura-18 – Autoeficácia e Ensino-aprendizagem



Fonte: Elaborado pela autora

Ao ingressar no Ensino Superior, alguns estudantes universitários chegam com habilidades e competências fracas e deficiência nos processos de informação, de cognição e de organização. Para atender as exigências do nível de ensino superior de qualidade e adquirir conhecimento, habilidades e autoeficácia carece o aluno responsabilizar-se e assumir papel ativo no processo de aprendizagem. Entretanto, ao docente implica desenvolver metodologias que o auxiliam nessa responsabilidade e desempenho.

A título de exemplo, alguns estudantes apresentam crenças pouco realistas ou baixa autoeficácia, desconhecimento e não utilização de estratégias adequadas para o estudo e a aprendizagem, dificuldades associadas à compreensão leitora e à realização de cálculos, má gestão do tempo, baixa motivação e falta de estratégias para a regularem, ansiedade elevada e poucas estratégias para regulação das emoções inerentes às novas exigências académicas.(CASIRAGHI; BORUCHOVITCH; ALMEIDA, 2020, p. 29).

A crença de autoeficácia de Bandura é vista como uma ferramenta que visa estimular nos alunos a avaliação de sua eficácia ao favorecer a automonitorização e sucesso acadêmico, além ser essencial para delimitação de intervenções educativas e comportamentos estratégicos. Para alcançar o sucesso acadêmico, a autoeficácia promove ações preventivas e promocionais de competências por parte dos alunos com influência do docente. O professor é uma figura dotada de processo cognitivos, afetos e conhecimento que influencia e contribui no processo de aprendizagem e desempenho do aluno. Segundo Costa e Boruchovitch (2006 apud MUNIZ;CHINELLI, 2013), é necessário proporcionar ao estudante a autocrença por meio de instrumentos intelectuais, desenvolver capacidades de regular seu próprio comportamento, observar-se e analisar-se em suas ações. Para Bandura (1986 apud Bezerra,2008), a autoeficácia está diretamente relacionada com o desempenho do comportamento humano. Isto fica claro na convicção pessoal de que é capaz de realizar com sucesso tarefas que determinam resultado. Capacidade de executar ações com habilidades e vontade de atingir seu propósito denunciam a construção e a relação de autoeficácia e desempenho.

Para Bandura (1986), autoeficácia se fundamenta em quatro fontes de informações. Apresenta-se, abaixo, a contribuição do docente para o aluno;

QUADRO:11- AUTOEICÁCIA E SUA CONTRIBUIÇÃO NO ENSINO-APRENDIZAGEM

AUTOEFICÁCIA				
	CONCEITO	COMO ACONTECE	DOCENTE COMO FORTALECER A AUTOEFICÁCIA?	DISCENTE O QUE SE APRENDE COM A AUTOEFICÁCIA?
Experiência Pessoal (direta)	Experiências de domínio em relação ao exercício de alguma atividade.	Experiência direta com uma tarefa	Exercícios Trabalho em grupo Estágios Aula prática	Autoconhecimento Autoconfiança Automonitoramento Autonomia
Experiência Vicariante (indireta)	É o fator que gera as crenças de eficácia por meio da observação de outras pessoas realizando certas ações.	Observando outras pessoas	Gestos Comunicação Forma de pensar e raciocinar	Desempenho Foco Julgamento Motivação Persistência
Persuasão Verbal	Persuasão sociais recebidas com intenção de incentivar o outro.	Feedback avaliativo	Encoraja Incentiva Motiva Inspira Intervém	Performance Percepção Resultado de metas Recompensa
Estados Fisiológicos	Estados emocionais que influenciam nas percepções de autoeficácia.	Julgamento de suas capacidades e forças	Empatia Escuta Interesse Atenção	

Fonte: Elaborado pela autora

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Raciocínio clínico é uma habilidade aprendida que requer uma função cognitiva superior e racional com o objetivo de atender com eficiência e que avancem para além das abordagens tradicionais. Para isso o método de ensino e aprendizagem deve se estender a abordagens e teorias que detém suporte teórico com nível de informação capaz de desenvolver habilidades cognitivas necessárias para atendimentos de autoeficácia.

O trabalho aqui apresentado evidenciou o que já é sabido na literatura, percebe-se a necessidade de maior aprofundamento no diz a respeito na metodologia de ensino-aprendizagem que atravessa diretamente na construção do processo raciocínio clínico. No que tange na abordagem de ensino-aprendizagem em ensino superior e processo de raciocínio clínico, sem a pretensão de esgotar o tema, buscamos apresentar uma proposta de ensino e aprendizagem através da abordagem da Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, um modelo de aprendizagem que se atente a promoção de engajamento de comportamento no processo de aprendizagem. A teoria de Bandura favorece e direciona um olhar para modelos e estratégias educacionais, oportunizando o emprego do pensamento crítico e desenvolvimento do raciocínio clínico, uma possibilidade de aprimoramento da prática profissional.

Somado a este fato, a profissão do docente se constrói a partir dos seus valores, de sua história de vida, de seus saberes, angústias e anseios. Se torna cada vez mais necessário repensar na formação e prática dos docentes e re-significar os processos formativos a partir dos saberes necessários à docência. Na sala de aula o professor está longe de ser um simples reprodutor de conhecimento. Enquanto ator e autor, cada docente consagra ser protagonista em desconstruir e construir identidades, saberes e representações. Lecionar é um desafio inserido a sua profissão em incorporar novas estratégias e modelos educacionais de ensino. Prática de ensino que instrui o discente

para o aperfeiçoamento e aquisição, contribui para a prevenção e intervenção com exatidão.

Para tanto, o ensino em saúde deve incorporar modelos educacionais de ensino por meio de ferramentas pedagógicas que treinem o estudante a atuarem com assertividades sobre a prática desenvolvida. Nesta perspectiva, estratégias de ensino centradas no estudante responsabilizam-nos por seu aprendizado e podem resultar em intervenções eficazes e seguras, favorecendo dessa forma, interpretações corretas e voltadas às reais necessidades dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, M. M. P. **Pensamento crítico nos estudantes e profissionais da área da saúde**. p. 121, 2013.
- ARAGÃO, J. C. S; ALMEIDA. L. S. Raciocínio Clínico e Pensamento Crítico: Desenvolvimento na educação médica. **Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación**, v. Extr.(12), p. 12-20, 2017.
- AZEVEDO, M. **A teoria cognitiva social**. Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Portugal, 1997.
- BALDUINO, P. M. et al. A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o Olhar do estudante. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 3, p. 335–342, set. 2012.
- BARROS, J. D. **As hipóteses nas Ciências Humanas-considerações sobre a natureza, funções e usos das hipóteses**. n. 7, p.151-162, set. 2008.
- BEZERRA F.A.P. **Teoria Social Cognitiva**. p. 7, 2008.
- BIANCHI, R. A. C. **Uso de heurísticas para a aceleração do aprendizado por reforço**. Tese (Doutorado em Engenharia), Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- BOTTI, S. H. O; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 363–373, set. 2008.
- CARVALHO, E. C; OLIVEIRA-KUMAKURA, A. R. S.; MORAIS, S. C. R. V. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 662–668, jun. 2017.

CASIRAGHI, B.; BORUCHOVITCH, E.; ALMEIDA, L. S. Crenças de autoeficácia, estratégias de aprendizagem e o sucesso acadêmico no Ensino Superior. **Revista E-Psi**, v. 1, n 9, p.27-38,out. 2020.

CASTRO, R. K. F.; SILVA, M. J. P. Influências do comportamento comunicativo nãoverbal do docente em sala de aula: visão dos docentes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 4, p. 381–389, dez. 2001.

CUSTÓDIO, J. B. et al. Desafios Associados à Formação do Médico em Saúde Coletiva no Curso de Medicina de uma Universidade Pública do Ceará. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 2, p. 114–121, jun. 2019.

Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009** (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010

DELIBERATO, D. **Linguagem, interação e comunicação: competências para o desenvolvimento da criança com deficiência não oralizada**.Rio de Janeiro: EDUERJ, 2017, pp. 299-310. ISBN: 978- 85-7511-452-0. Disponível em Doi: 10.7476/9788575114520.017.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 144–154, fev. 2015.

FINELLI, L. A. C; MENDONÇA, A.S.M. Diagnóstico clínico x diagnóstico em psicanálise: a importância da escuta na construção do diagnóstico diferencial. **Revista Bionorte**, v. 4, n. 1, p.12, fev. 2015.

GADOTTI, M. **A escola e o professor: Paulo Freire e a paixão de ensinar**. ed. São Paulo: Publisher Brasil, 2007.

GUEDES; S. M; OLIVEIRA, P. C. **O estágio na educação infantil analisado sob a perspectiva cognitivista de albert bandura**. Educere- XI Congresso Nacional de Educação. Universidade Católica de Paraná-Curitiba, 23 a 29 de set. 2013.

IDÁNEZ, M. J. A; ANDER-EGG, E. Diagnóstico social: conceitos e metodologias. **Revista e Ampliada**, Portugal, v. 3, 2008.

LIBÂNEO, J.C. **Didática**. São Paulo, Cortez Editora, 1990.

MADRUGA, L. R. R. G.; SILVA, T. N. Aprendizagem Social, Motivação e Comprometimento em um Comitê de Bacia Hidrográfica. **Revista de Gestão Social e Ambiental**, v. 3, n. 3, 9 dez. 2009.

SAVART, M.A. et al. Medicina, Doença, Sintoma e Diagnóstico. Aspectos etimológicos e jurídicos e suas implicações técnicas e legais na definição e defesa das atribuições e competências exclusivas do profissional médico. **Associação brasileira de otorrinolaringologia e cirurgia cervico-facial**. São Paulo, 2004.

MELO-DIAS, C.; SILVA, C. F. Teoria Da Aprendizagem Social de Bandura na Formação de Habilidades de Conversação. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 20, n. 1, p. 101–111, 31 mar. 2019.

MESQUITA, A. C.; CARVALHO, E. C. A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1127–1136, dez. 2014.

NUNES, S. O. V. et al. O ensino de habilidades e atitudes: um relato de experiências. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 1, p. 126–131, mar. 2013.

PEIXOTO, J. M.; SANTOS, S. M. E.; FARIA, R. M. D. Processos de Desenvolvimento do Raciocínio Clínico em Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 75–83, jan. 2018.

PIOVEZAN, R. D. **O raciocínio clínico em contextos de incerteza: uma proposta de avaliação a partir de situações em geriatria**. p. 212, 2008.

- POLYDORO, S. A. J.; AZZI, R. G. Autorregulação da aprendizagem na perspectiva da teoria sociocognitiva: introduzindo modelos de investigação e intervenção. **Psicologia da Educação**, n. 29, p. 75–94, dez. 2009.
- QUARESMA, A.; XAVIER, D. M.; CEZAR-VAZ, M. R. Raciocínio clínico do enfermeiro: uma abordagem segundo a teoria do processo dual. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. e37862, 28, jan. 2019.
- RÉA-NETO, A. Raciocínio clínico -o processo de decisão diagnóstica e terapêutica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 4, p. 301–311, dez. 1998.
- SANTOS, L. F. et al. Physical examination in nurses' hospital practice. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-15, mai. 2020.
- SOARES, M. O. M. et al. Reflexões Contemporâneas sobre Anamnese na Visão do Estudante de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.38, n.3; p. 314322; 2014.
- STAMM; A.M.N.F. **Raciocínio Clínico No Diagnóstico Médico**. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- TONETTO, L. M. et al. O papel das heurísticas no julgamento e na tomada de decisão sob incerteza. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 23, n. 2, p. 181–189, jun. 2006.
- TORISU,E.M.; FERREIRA, A.M. A teoria social cognitiva e o ensino-aprendizagem da matemática: considerações sobre as crenças de autoeficácia matemática. **Ciências & Cognição**, v. 14, n. 3, p. 168–177, nov. 2009.