

Mc LEOD, P. J. & HARDEN, R. M. — Clinical teaching strategies for physicians. *Medical Teacher*, Dundee, 7 (2): 173-189, 1985.

Este artigo proporciona orientação para o docente clínico. Recapitula as metas do ensino clínico e as habilidades e estratégias requeridas do docente. A ênfase no ensino clínico, demasiadas vezes, reside no acúmulo de conhecimento teórico antes que no desenvolvimento das proficiências clínicas reclamados pelos estudantes. Essas incluem o acúmulo e registro de informações sobre pacientes, a realização de exame físico, a execução de procedimentos, a interpretação de dados, a solução de problemas científicos e profissionais, a comunicação precisa de informação, a familiaridade com as instituições e serviços de assistência médico-social e atitudes apropriadas com os pacientes e os profissionais para-médicos. Os métodos de ensino abrangem: preceptoria de grupos pequenos à beira-do-leito, visitas clínicas na enfermaria, participação ativa como integrante da equipe de atendimento ao paciente, contacto independente com pacientes na enfermaria ou no ambulatório, discussões em grupo pequeno fora da enfermaria, utilização de simulação de modelos e *role-play*, vídeo e áudio-fitas e debates de problemas de condutas clínicas. Cada método é mais adequado para algumas metas do que para outras. Questões, tais como, o docente clínico como um exemplo de papel profissional e quem deve efetuar o ensino clínico, são importantes. As características de um docente clínico efetivo incluem habilidades de instrução em grupo, atitudes junto aos pacientes, solução de problema aplicado, estratégias de instrução centrada no aluno, orientação humanista, domínio da matéria em um enfoque provocante. As atividades de ensino clínico exigem preparação e planejamento seguidos de execução conscienciosa das táticas escolhidas. Diretrizes de ajuda potencial em cada etapa podem ser proporcionadas.

Comentário. Esse resumo dos autores delinea o escopo do artigo, proveniente do centro de educação médica da Universidade de Dundee (Escócia). O propósito do trabalho é servir de orientação ao docente clínico na melhoria de alguns elementos de seu sistema de ensino. Mc Leod e Harden sublinham as vantagens do ensino baseado em pacientes e enfatizam as habilidades físicas de solução-de-problema e de relacionamento, em contraste com o acúmulo de conhecimento. Além da revisão dos propósitos, métodos e características efetivas do ensino clínico, o trabalho apresenta subsídios úteis sobre as táticas de planejamento, execução e avaliação do ensino. Esse material é complementado por dezoito referências bibliográficas, muitas das quais amplificam os pontos de-

envolvidos no texto. Em conclusão, trata-se de um trabalho interessante e oportuno, especialmente para os docentes em fase de reciclagem pedagógica.

PEDEN, N. R. et alii — Assessment of clinical competence in therapeutics: the use of objective structured clinical examination. *Medical Teacher*, Dundee, 7 (2): 217-223, 1975.

Nos anos recentes tem ocorrido um aumento no número de drogas usadas pelos médicos e também no número de doenças associadas aos medicamentos. Farmacologia clínica e terapêutica tornaram-se assunto de importância crescente no currículo de graduação, mas isso não se refletiu nos processos de avaliação. Os autores aplicaram os princípios do exame clínico objetivo-estruturado numa tentativa de elaborar uma avaliação da competência prática — em lugar da teórica — dos estudantes. Pelo uso dessa técnica numa avaliação final, comprovou-se ser possível examinar, em uma manhã, uma centena de alunos numa gama de proficiências e tópicos relacionados à conduta clínica e à terapêutica farmacológica.

Comentário. O artigo descreve uma técnica engenhosa de aferição da competência clínica, aparentemente pouco utilizada em nossas faculdades. Dois pontos são ressaltados: a) organização e aplicação da técnica de exame clínico objetivo-estruturado; b) descrição do conteúdo e dos resultados do exame nessa aplicação. Essa técnica de avaliação (descrita em *Medical Education*, 13: 41-54, 1979) possibilita uma aferição prática de conhecimentos e habilidades em diversas áreas clínicas, a exemplo da terapêutica farmacológica. No caso relatado no artigo, o conteúdo do exame abrange dezoito situações práticas contendo problemas e tópicos tais como prescrição de drogas, instrução ao paciente, reidratação parenteral e decisão sobre dose de medicamento. O trabalho é útil para quem está explorando novas possibilidades de avaliação no cenário clínico.

GROEN, G. J. & PATEL, V. L. — Medical problem-solving: some questionable assumptions. *Medical Education*, Edinburgh, 19 (2): 95-100, 1985.

Segundo os autores, há dois enfoques para a instrução sobre o raciocínio clínico no ensino médico: o primeiro realça a base de conhecimento e, o segundo, o processo de solução de problema. As variantes do segundo enfoque têm sido fundamentadas na premissa de que o método hipotético-dedutivo é a marca do raciocínio clínico em medicina. As justificativas em favor disso são dois argumentos indiretos e não a evidência empírica. Por um

lado, argumenta-se que o raciocínio hipotético-dedutivo é o procedimento padrão do método científico; adicionalmente, argumenta-se que essa premissa é apoiada em estudos comparativos do processo de solução de problema por peritos e noviços. O artigo questiona a noção de que médicos experientes usem esse tipo de raciocínio predominantemente, quando elaboram diagnósticos em casos clínicos rotineiros. Os autores asseveram que os argumentos acima se baseiam em má-interpretação. Em particular, a evidência da pesquisa sobre comparações entre principiantes e peritos indica que o uso do método hipotético-dedutivo é uma característica dos principiantes, não dos peritos. Os peritos usam métodos denominados fortes que são dependentes de uma base de conhecimento altamente elaborada e estruturada. Mais pesquisa sobre a natureza de tais métodos se faz necessária, em relação ao raciocínio clínico de médicos experientados.

Comentário. O trabalho de Groen e Patel tem grande interesse para os educadores que desejam se aprofundar no tema do raciocínio diagnóstico em medicina. Isso por conta da reapreciação das premissas do processo de solução de problema e da oportuna referenciação bibliográfica. Os investigadores do Centro de Educação Médica da McGill University (Canadá) relacionam os elementos em que se fundamenta o uso do método hipotético-dedutivo no ensino, examinando as interpretações a favor e contra; isso inclui resultados de seus próprios experimentos utilizando novas técnicas de análise. Esses e outros estudos pertinentes são citados entre as vinte e nove referências bibliográficas que contêm a base de informação para os argumentos e contra-argumentos contidos no texto.

BENSING, J. M. & SLUIJS, E. M. — Evaluation of an interview training course for general practitioners. *Social Science and Medicine*, Oxford, 20 (7): 737-744, 1985.

Este artigo descreve a avaliação de um treinamento experimental em comunicação médico-paciente para clínicos gerais. O treinamento, adaptado para a situação específica do clínico geral, foi baseado na teoria humanista de C. Roger. O principal conceito dessa teoria é a noção de "consideração positiva incondicional". A expectativa era que os médicos mudassem suas condutas de comunicação e que, por consequência, os pacientes falassem mais a respeito de seus problemas psico-sociais. O treinamento foi limitado ao processo diagnóstico e não inclui intervenções terapêuticas. Seus efeitos têm sido aferidos pela comparação de vídeo-fitas de consultas médico-paciente reais, antes e três meses depois do treinamento. O resultado mais importante desse estudo avaliado veio a ser a mudança do comportamento dos médicos no sentido esperado mas, surpreendentemente, a consequência da conduta em nada mudou: os médicos escutavam empaticamente porém os pacientes não falavam mais acerca de seus problemas. Criar espaço para os pacientes não é suficiente para induzi-los a discutir seus problemas pessoais com seus médicos. Talvez eles nem estejam dispostos a discutir tais problemas com esses profissionais.

Comentário. O resumo (original) do artigo é bem expressivo. Embora os dados apresentados não diminuam a importância da aplicação de técnicas efetivas no aprimoramento da entrevista médica, vale insistir na necessidade

de se descobrir os motivos dos pacientes, no amplo sentido psico-social, para melhor adequação dos processos de comunicação médico-paciente.

ALLRED, C. A. et alii — Measures of knowledge and attitude toward preventive cardiology. *J. Med. Educ.*, Washington, 60 (4): 314-319, 1985.

Os autores descrevem o desenvolvimento e a avaliação de um inventário de cardiologia preventiva na Universidade de Virgínia (EUA). O inventário contém dois instrumentos destinados a medir conhecimentos e atitudes de estudantes de medicina sobre cardiologia preventiva, antes e depois da instrução. As escalas do exame de conhecimento proporcionam informação significante e singular sobre conhecimento em cardiologia preventiva e podem discriminar entre grupos que diferiram no nível de instrução e de proficiência em cardiologia preventiva. O levantamento de atitudes proporciona informação sobre dois fatores: prevenção e prioridade de pesquisa de doenças cardiovasculares. No estudo relatado no artigo, grupos de estudantes com diferentes níveis de instrução e proficiência em cardiologia preventiva não pareciam diferir em atitudes. Demonstrou-se também que ambos os instrumentos têm utilidade na aferição de conhecimentos e atitudes referentes a atividades educativas de estudantes de medicina em cardiologia preventiva.

Comentário. Este trabalho tem interesse para os docentes envolvidos na avaliação de atividades curriculares em medicina preventiva. O inventário descrito pelos autores tem validade e utilidade na aferição tanto de conhecimentos quanto de atitudes em medicina preventiva, embora apenas na área de cardiologia. A medida do efeito das atividades curriculares na estabilidade de atitudes positivas desperta atenção especial uma vez que esse é um fator que potencialmente afeta o impacto da intervenção médica. Presumivelmente, os instrumentos podem ser adaptados para outras áreas prioritárias da medicina preventiva, de importância particular no cenário brasileiro. Os autores indicam que o material está à disposição dos educadores interessados.

McCUE, J. D. — Influence of medical and premedical education on important personal qualities of physicians. *Amer. J. Med.*, New York, 78 (6): 985-991, 1985.

Acredita-se que três qualidades pessoais inter-relacionadas dos médicos são importantes para o atendimento sensível ao paciente e para o ajustamento individual ótimo às tensões da prática médica: maturidade, competência social e moderação no comportamento agressivo-competitivo ("tipo A" exagerado). Apesar do reconhecimento generalizado de sua importância, por pacientes e médicos igualmente, elas têm sido habitualmente negligenciadas no processo de admissão (nas faculdades de medicina) em favor da excelência científica e acadêmica. Adicionalmente, alguns aspectos do ensino, pré-médico e médico, podem realmente ter uma influência adversa nessas qualidades pessoais dos futuros médicos. Portanto, são necessários: maior realce da importância de aptidões não-cognitivas no ensino médico (e pré-médico) e mais *feedback* individualizado aos estudantes e residentes sobre as interações entre suas qualidades pessoais e o futuro sucesso e a felicidade na profissão.

Comentário. O trabalho é sintético e curto mas enfoca uma valiosa concentração de informações, referenciadas a nada menos de cento e trinta e oito textos, entre artigos, monografias e livros. Dr. McCue define três atributos pessoais que caracterizam o médico efetivo e ajustado — maturidade, competência social e moderação no comportamento agressivo — competitivo (eqüanimidade?) — e examina as evidências da literatura sobre o significado dessas qualidades na escolha de medicina, no ambiente de ensino-aprendizagem e nos desafios da prática médica. As apreciações do autor, embora baseadas na experiência norte-americana e dirigidas para aquela audiência, são pertinentes para a nossa perspectiva do problema. Por exemplo, o desenvolvimento da maturidade no estudante de medicina brasileiro — embora possivelmente acelerado pelo engajamento político recente — parece afetar a orientação de aprendizagem, a aceitação de responsabilidade por tarefas e a própria escolha de carreira. A questão da competência social — em termos de habilidades de relacionamento, imagem e sensibilidade às dificuldades do paciente — parece ainda mais crítica, no contexto do atendimento hospitalar de massa. Enfim, as apreciações do autor sobre as influências do ensino nas qualidades pessoais dos médicos servem para iluminar as percepções que temos dos problemas da atuação profissional na presente estrutura de prestação de serviços.

SANKAR, A. & BECKER, S. L. — The home as a site for teaching gerontology and chronic illness. *J. Med. Educ.*, Washington, 60 (4): 308-313, 1985.

A assistência aos velhos cronicamente doentes é um grande problema de saúde em muitos países. O artigo focaliza as deficiências do ensino médico nessa área de atendimento, refletindo preocupações de educadores americanos. Dados de pesquisa têm demonstrado a pertinência da experiência de assistência domiciliar para ensinar as interações dos fatores sociais, psicológicos, ambientais e biológicos que caracterizam a doença crônica. O valor de tal experiência assume uma significação adicional à luz de medidas que encorajam a alta precoce de pacientes hospitalizados. (Os autores referem-se ao sistema de pagamento prospectivo para reembolso dos custos da assistência, no programa Medicare do governo federal americano). Para atender esses pacientes adequadamente, os médicos precisam entender e apreciar a influência dos fatores sociais, psicológicos e ambientais no curso de uma doença. O cenário domiciliar é um lugar apropriado para o ensino sobre esses fatores, assim como a enfermaria hospitalar é apropriada para o entendimento exigido da doença aguda.

Comentário. O trabalho resumido acima se baseia na experiência do programa de assistência domiciliar da Universidade da Califórnia (EUA). Esse programa está vinculado ao rodízio de ambulatório do último ano dos cursos de medicina e farmácia; tem caráter interdisciplinar e multiprofissional na constituição de sua equipe de trabalho. O enfoque adotado combina atendimento geriátrico em nível primário e cenário domiciliar, sendo desenvolvido pela equipe de trabalho que inclui estudantes dos dois cursos. A utilidade do enfoque é demonstrada por estudos de caso (relatados no trabalho), resultantes da pesquisa etnográfica realizada pela primeira autora. O artigo apresenta boa documentação sobre os subsí-

dios que nortearam o desenvolvimento do programa, registrada em quinze referências bibliográficas.

NOGUEIRA, R. P. — Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas, *Educ. Méd. Salud*, Washington, 19 (1): 25-47, 1985.

O autor considera paradoxal que existam poucos estudos que avaliem a produção do pessoal de saúde, embora 60 a 80% do orçamento de saúde dos países sejam empregados para cobrir os custos de pessoal do sistema. Para que se possa prever tendências e orientar políticas, é vital conhecer a evolução do pessoal através do tempo, em virtude da sua importância como elemento fundamental do setor e por causa de sua representação em todos os níveis de atendimento.

O trabalho procura preencher a lacuna de informações sobre o tema, examinando os textos publicados sobre pessoal de saúde diante da possibilidade de que os artigos e documentos reflitam a situação. As tendências observadas incluem os seguintes aspectos específicos: aumento do pessoal e das escolas de medicina, auge da migração internacional de médicos, mudanças no ritmo de produção de pessoal e ênfase na integração docente-assistencial. O autor analisou os artigos, classificados por temas, de *Educación médica y salud* e do *Index Medicus Latinoamericano*. Sua conclusão é de que poucos estudos a fundo, com fontes primárias de dados, foram realizados — embora muito se tenha escrito a respeito do assunto. Os levantamentos predominam. Ademais, os trabalhos tratam essencialmente do currículo e da organização do ensino universitário e, no último decênio, refletem a preocupação com a extensão da cobertura e do atendimento primário, a formação e o uso de pessoal auxiliar, planejamento e educação contínua. As maiores deficiências constatadas foram no campo do mercado de trabalho.

Comentário. O trabalho apresenta uma análise útil dos temas dos artigos sobre pessoal de saúde, publicados entre 1966 e 1982, considerando duas fontes básicas (*Educación médica y salud* e *Index Medicus Latinoamericano*). Essa análise é precedida de uma apreciação simplificada da formação dinâmica de mercado de trabalho do pessoal de saúde, no período indicado acima. Oito textos, entre artigos e monografias, são citados nas referências bibliográficas. Vale mencionar que, embora o título indique um estudo do tema nas Américas, os artigos oriundos da América do Norte não foram incluídos no levantamento.

ABATH, G. M. — Medicina familiar no Brasil. *Educ. Méd. Salud*, Washington, 19 (1): 48-73, 1985.

Desde 1948 faz-se notar no Brasil a necessidade de médicos com formação geral, principalmente para atender aos problemas de saúde no interior do país. Em 1976 inauguraram-se os dois primeiros programas de residência médica para a formação de médicos gerais. Hoje existem treze desses programas. Dez deles foram estudados neste informe, que se baseou em visitas a serviços onde os médicos residentes recebem treinamento e a certas zonas servidas pelos programas, bem como em entrevistas com autoridades nos setores de educação e saúde com egressos dos programas, com médicos residentes e com coordenadores ou supervisores dos programas de residência.

Medicina Geral Comunitária é a expressão mais ampla aceita entre profissionais para designar a prática médica voltada para indivíduos, núcleos familiares e comunidade, dedicada à assistência total, contínua e personalizada ao paciente. A Medicina Geral Comunitária deve levar em conta os fatores psicológicos e sócio-econômicos e interagir com a comunidade para colaborar na solução de seus problemas. Os programas de residência nessa área são indispensáveis para formar docentes e pesquisadores que sirvam de modelo aos graduados e venham a modificar os cursos de graduação, afastando-os da excessiva especialização ora prevalente, a fim de criar uma medicina mais humana, que melhor corresponda às necessidades sanitárias das regiões menos desenvolvidas. Até 1982, cento e setenta e quatro médicos tinham concluído esse programa de residência e cerca de 90% estavam empregados. No momento, há cento e trinta e oito médicos cursando os dez programas estudados. Além desses programas de residência em medicina comunitária, há outros, resultantes de acordos inter-institucionais, que também incluem a formação de médicos gerais sob nomes diversos.

Comentário. O artigo é um informe previamente apresentado ao comitê executivo da OPAS. Contém aspectos conceituais e descreve elementos da estrutura e da programação das residências. Além de dezesseis referências bibliográficas, o autor apresenta, em anexo, o questionário utilizado na coleta de dados para o estudo. Infelizmente, não há indicações sobre o impacto desses programas, em termos dos objetivos definidos. Nesta altura, é importante identificar qual das opções se ajusta à provisão de recursos humanos para atendimento em nível primário apresenta melhores resultados, nas condições peculiares das diferentes regiões do país. Para tanto, é necessário definir critérios quantitativos e qualitativos de seus efeitos nas condições de saúde das comunidades-alvo e, não apenas, da incorporação dos concluintes na força de trabalho.

CORTES, M. T. et alii — Community-oriented medical education: comparison of tracks in Mexico and New Mexico. *Medical Education*, Edinburg, 19 (3): 199-207, 1985.

A maioria das grandes inovações na educação médica tem ocorrido em um pequeno número de faculdades no-

vas. Tentativas para concretizar mudanças em faculdades tradicionais são bem mais complexas. Os modelos pertinentes para tal mudança são poucos e existe uma necessidade urgente de que as instituições que originaram essas inovações aprendam umas com as outras sobre suas experiências. Duas faculdades de medicina convencionais, descritas neste trabalho, têm procurado criar renovação institucional de orientação comunitária mediante o estabelecimento de linhas experimentais de currículo de graduação. Uma faculdade fica no México — um país em desenvolvimento — e, a outra, fica num país tecnologicamente desenvolvido, os Estados Unidos. Essas novas linhas de educação médica evoluíram independentemente uma da outra; entretanto, elas têm muitas similaridades e têm sentido muitos problemas em comum. Um intercâmbio formal entre as duas faculdades levou a discernimentos novos na educação médica, bem como a melhorias em ambos os programas. Acordos de intercâmbio, semelhantes ao relatado neste artigo, seriam valiosos para outras faculdades de medicina, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento.

Comentário. Este artigo enfoca uma opção diferente (comparando com o artigo prévio) de provisão de médicos capacitados e polarizados para atendimento primário em comunidades. Existem vários pontos de interesse no trabalho, preparado por oito professores envolvidos nos programas, cinco dos quais da Universidade Nacional Autónoma de México e, os restantes, da Universidade de Novo México (EUA). Ressalto três: 1) as descrições concisas dos respectivos programas ("Programa Nacional de Medicina General Integral" e "Primary Care Curriculum"); 2) a indicação das linhas mestras do plano inter-institucional de colaboração entre os dois programas, que pode servir de exemplo para outras entidades que vivenciam experiências semelhantes; 3) a identificação das áreas de mútua preocupação para o desenvolvimento dos programas. Estas áreas de importância crítica são: a) institucionalização ou aceitação das inovações e de compromissos duradouros pela instituição-matriz; b) provisão de modelos de preceptores voltados para o atendimento primário na prática profissional; c) estrutura de aprendizagem baseada na comunidade. Os autores identificam algumas das vantagens e desvantagens de cada enfoque, bem como os benefícios resultantes do plano de colaboração. Adicionalmente, o artigo relaciona dezesseis referências bibliográficas pertinentes ao tema.

Dejano Tavares Sobral