

GALE, Janet — Topics in drug therapy: an Open University pilot course for doctors. *Medical Teacher*, London, 5(1): 18-24, jan./1983.

Este trabalho aborda alguns aspectos do primeiro curso de extensão para médicos, na modalidade de ensino à distância, produzido pela Open University, na Inglaterra. A autora delinea no artigo os seguintes itens: estrutura, metas, conteúdo, modo de uso e estágios de desenvolvimento do curso. O último item tem especial interesse, pois resume os propósitos, métodos e achados de três estágios da produção: (1) levantamento de perspectivas dos consumidores potenciais, (2) prova individual dos módulos de instrução e (3) prova das anotações para os tutores.

O curso descrito é um exemplo de uma colaboração sofisticada entre especialistas em Tecnologia Educacional e Medicina. Combina módulos de instrução, leituras suplementares, vídeo-cassete e áudio-cassete. Do total de oito tópicos planejados, três foram selecionados para o curso piloto: (1) problemas e questões em terapia medicamentosa, (2) ansiedade e benzodiazepínicos e (3) antibióticos. O curso está sendo submetido a uma "prova de campo" a ser completada ainda este ano.

MATTERN, W.D., WEINHOLTZ, D & FRIEDMAN, C. — The attending physician as a teacher. *N. Engl. J. Med.*, Boston, 308(19):1129-1132, May 12, 1983.

Que recomendações específicas podem ajudar médicos instrutores a aprimorar o ensino clínico? Essa questão levou os autores do artigo a fazer um estudo da instrução conduzida nas enfermarias de clínica médica, no hospital universitário da Universidade de Carolina do Norte, EUA.

A análise dos dados obtidos por técnicas etnográficas resultou na identificação de onze ações dos médicos atendentes (com função de instrução) que parecem contribuir para o ensino. Essas ações, discutidas sucintamente no texto, são as seguintes: reservar tempo especificamente para a instrução, criar um clima de interesse e confiança, estabelecer credibilidade clínica, prover uma orientação inicial, conduzir a uma avaliação final, escu-

tar a apresentação de casos, conduzir a discussão de casos, fazer exposições didáticas, fazer visitas à beira-do-leito, confrontar questões psicossociais e transferir responsabilidade do ensino.

Os achados sugerem que o ensino clínico pode ser explicitamente caracterizado e aferido, o que traz vantagens potenciais para a crítica construtiva e o reconhecimento acadêmico dessa atividade, segundo os autores. Outro ponto salientado, é a possibilidade do aprimoramento sistemático da instrução clínica, mediante técnicas de consultoria que estão em voga em muitas instituições de ensino superior.

PATEL, V.L. & CRANTON, P.A. — Transfer of student learning in medical education. *J.M. Educ.*, Washington, 58(2):126-135, April 1983.

A transferência de aprendizado, isto é, os efeitos do aprendizado prévio numa vivência subsequente de aprendizagem, constitui uma dentre muitas variáveis insuficientemente estudadas no ensino clínico. Este trabalho questiona a premissa genérica de que haja transferência do aprendizado estudantil de uma área clínica para outra, a partir de um estudo feito em hospitais de ensino da McGill University, no Canadá.

O estudo descrito foi desdobrado em duas fases: na primeira, adotou-se um enfoque etnográfico para observar e descrever a natureza do ambiente de ensino nos rodízios clínicos em Cirurgia, Clínica Médica e Pediatria; na segunda fase, mediou-se experimentalmente o desempenho dos alunos nas três disciplinas, usando-se instrumentos devidamente validados para aferir conhecimento, solução de problema, adestramento técnico, habilidades de interação e atitudes em relação à assistência médica.

A constatação de que os ambientes de ensino são distintamente diferentes levou a duas hipóteses: (1) as diversas disciplinas facilitam diferentes tipos de aprendizado; (2) inexistência de transferência significativa de aprendizado entre essas disciplinas. A análise dos resultados experimentais confirmou parcialmente as hipóteses: conhecimento e solução de problema foram facilitados diferencialmente por disciplinas distintas e são

os dois tipos de aprendizado que evidenciam mínima transferência de uma disciplina para outra. A transferência de aprendizado depende, portanto, da disciplina clínica e do tipo de aprendizado em questão.

Os resultados ressaltam a complexidade do processo clínico de ensino-aprendizagem. As implicações de ordem curricular não foram abordadas mas, a meu ver, existem.

Dentre as doze referências citadas, inclui-se a dissertação doutoral sobre competência clínica do primeiro autor.

RICHARDSON, I.M. Consumer views on the medical curriculum: a retrospective study of Aberdeen graduates. *Medical Education*, Edinburgh 17(1): 8-10, jan. 1983.

Que contribuição para a renovação curricular podem oferecer os concluintes de Medicina, após uma razoável vivência da prática médica?

Segundo o autor do trabalho, a consulta aos egressos do sistema pode indicar áreas de prioridade para apreciação, além de prover alguma base quantitativa para decisões.

O trabalho em questão baseia-se em levantamento retrospectivo dos pontos de vista dos médicos formados pela Faculdade de Medicina de Aberdeen de 1969 a 1973. Mediante um questionário sobre a contribuição do currículo, obtiveram-se respostas em termos de quatro perspectivas: (1) nível geral de preparação para a carreira; (2) adequação em relação a quatro aspectos da prática médica; (3) adequação no ensino de disciplinas específicas e (4) omissões importantes no currículo. Para a maioria, a qualidade da preparação foi satisfatória e o tempo de ensino da maior parte das disciplinas foi adequado. Por outro lado, a atenção dispensada ao atendimento extra-hospitalar de pacientes e aos serviços sociais auxiliares foi considerado inadequado. O tempo de ensino foi considerado excessivo para Anatomia e insuficiente para algumas disciplinas clínicas (Clínica geral, Dermatologia). A omissão curricular mais mencionada foi Medicina Psicossocial.

Essa amostra dá uma idéia do tipo de subsídio propiciado por uma participação informática dos "consumidores" do ensino médico, após uma pequena vivência profissional.

RUIZ DE CHAVEZ, M. CORTES, Ma. T. & DEL VALLE, A. — Los médicos generales/familiares en la enseñanza de medicina. *Rev. Intern de Med. Fam.*, México, 1(1): 21-24, otoño, 1982.

Este artigo aparece no primeiro número desta nova publicação, destinada a ser o órgão oficial do Centro Internacional para a Medicina Familiar.

Os autores valem-se da experiência no programa de Medicina Geral integral da Faculdade de Medicina da

Universidade Nacional Autônoma de México. O texto descreve os objetivos e a estrutura do programa, a participação do médico geral no ensino, e as vantagens, problemas e perspectivas existentes.

O papel do médico geral essencialmente é uma tutoria de apoio da prática clínica dos alunos ao longo dos três primeiros anos do curso. As dificuldades observadas no desempenho dessa função situam-se principalmente na esfera de desenvolvimento docente e incluem baixa motivação, participação restrita no planejamento e deficiência na retro-informação. Os autores confiam que os obstáculos podem ser contornados por diversas estratégias de ação e realçam duas premissas para incentivar a participação do médico geral no ensino de graduação: (1) envolver o aluno no cenário natural do nível primário da assistência médica e (2) estimular a elevação do nível acadêmico e profissional da Medicina Geral.

SCHMIDT, H.G. — Problem-based learning: rationale and description. *Medical Education*, Edinburgh, 17(1): 11-16, jan. 1983.

Segundo indicações de seus proponentes (citados neste trabalho), a aprendizagem baseada em problemas é um método de ensino que facilita a utilização apropriada do conhecimento, além de propiciar uma melhor integração na aquisição do conhecimento e pertinência mais ampla para a prática médica.

O trabalho descreve o processo da aprendizagem baseada em problemas à luz de princípios cognitivos atuais, exemplificando uma modalidade do método usada na Faculdade de Medicina da Rijksuniversiteit Limburg.

O autor indica que esse método de ensino atende potencialmente a três requisitos para estimular a aprendizagem, a saber: (1) ativação de conhecimento prévio pertinente; (2) propiciação de contexto similar ao futuro contexto em que o conhecimento adquirido será aplicado e (3) ensejo de elaboração do conhecimento pelo estudante. Essas qualidades potenciais dependem, no entanto, de algumas características dos problemas abordados identificadas no texto. O autor relata também indícios experimentais de que essa modalidade de instrução promove a aquisição de conhecimento útil na resolução de problemas.

Embora a evidência apresentada não seja conclusiva, o artigo realça a utilidade e o interesse dessa nova abordagem de instrução. Outras descrições desse método são incluídas entre as vinte e quatro citações bibliográficas.

SPIEGEL, Jane S. et alii — Who is the primary physician? *N. Engl. J. Med. Boston*, 308(20): 1208-1212, may 19, 1983.

Que proporção da assistência em nível primário ou de primeira linha é proporcionada por especialistas?

Alguns estudos recentes, nos Estados Unidos, sugeriam que a maior parte da assistência acerca de um terço dos pacientes provém de especialistas. Por especialistas, atualmente constituindo 60% dos médicos, são entendidos aqueles que exercem a prática em outros campos que não a Clínica Geral ou Familiar, a Medicina Interna e a Pediatria.

O propósito dos autores deste trabalho era verificar se três diferentes métodos de definir um médico de primeira linha (ou de cuidados primários) resultaria em diferentes proporções de generalistas e especialistas serem designados médicos de primeira linha. Dados obtidos com previdenciários, ao longo de um ano, indicam que as proporções variam com a definição e que a participação dos especialistas não atinge a magnitude estimada anteriormente.

Em particular, o primeiro método identifica o médico que o paciente indicava para receber os resultados de um exame de triagem multifásica (12% eram especialistas). O segundo identifica o médico que o paciente consultava mais freqüentemente ao longo de um ano (34% eram especialistas). Por fim, o terceiro método identifica o médico que o paciente consultava para problemas clínicos comuns e para revisão clínica ou manutenção de saúde (9% eram especialistas).

Os autores realçam que a definição de médico de primeira linha deve ser mais específica e incluir as tarefas associadas aos cuidados primários, bem como as percepções dos pacientes sobre quem propicia esses cuidados. Vale acrescentar que a pesquisa não determina que tipo de médico está mais capacitado a prover esses serviços, nem que proporção deve ser treinada.

THOMASMA, D.C. Beyond medical paternalism and patient autonomy: a model of physician conscience for the physician-patient relationship. *Ann. Intern. Med.*, Philadelphia 98(2): 243-248, feb. 1983.

Que modelo da relação médico-paciente melhor caracteriza a potencialidade dessa relação diante das perspectivas da Medicina moderna?

O autor argumenta que qualquer um dos modelos em voga é insatisfatório e propõe um novo modelo como contribuição à reapreciação da relação médico-paciente. Segundo o autor, essa reapreciação se deve a fatores sociais, ideológicos e tecnológicos, motivando um questionamento da tradicional postura paternalista da Medicina. Surgiram, em contraposição, outros modelos da relação médico-paciente, especialmente o de autonomia do paciente. O autor define esses diversos modelos e aponta suas várias limitações, por exemplo: o paternalismo não respeita o direito de autodeterminação dos adultos, a autonomia não respeita o princípio de beneficiência e os outros são reducionistas.

A modelo de consciência médica proposto para a relação médico-paciente abrange múltiplos aspectos: (a) embasamento nos elementos da beneficiência médica, descritos no texto; (b) foco na condição existencial do paciente; (c) reconhecimento de valor para os elementos do modelo; (d) base consensual, na interação com o paciente e outros membros da equipe de saúde; (e) objeto moral pragmático e (f) axiomas éticos. Por esses axiomas, os médicos se obrigam a: atentar para a vulnerabilidade do paciente, usar seu poder responsavelmente na assistência ao paciente, ter integridade, ter respeito sadio pela ambigüidade moral e ser livre para tomar decisões informadas (a exemplo do próprio paciente).

Referências adicionais à contribuição do autor se encontram entre as trinta e duas citações bibliográficas.

Dejano Tavares Sobral