

RESENHA BIBLIOGRÁFICA

*Henri Eugène Jouval Junior**

BEESON, Paul B. — The Natural history of medical subspecialties. *Annals of Internal Medicine, Philadelphia, 93(4):624-6, oct. 1980.*

Estuda os fatores que, durante as três últimas décadas, estimularam a divisão da Medicina Interna em numerosas subespecialidades. Mostra que certas especialidades existem quase que exclusivamente no âmbito acadêmico, enquanto outras prestam-se também à prática profissional. Analisa alguns requisitos que indicam se uma especialidade terá viabilidade de inserir-se na prática médica. Sugere-se que na próxima década haverá uma tendência à reversão do processo de fragmentação da Medicina Interna, existindo grande parcela de recém-graduados que estarão optando pelo exercício da medicina geral.

BLUM, Alan; FELLOW, Morris Fishbein — Who shall study medicine in the 1980? one solution to the admissions predicament. *Journal of the American Medical Association, Chicago, 244(8):779-80, aug. 1980.*

O perfil dos estudos pré-universitários dos candidatos à medicina e os critérios de seleção ao curso médico vêm sendo submetidos à intensa crítica. De um modo geral as críticas são no sentido de torná-los mais abstratos e humanísticos com a inclusão de matérias do

tipo literatura, línguas e filosofia que, segundo certos autores, deveriam até ter prioridade sobre as matérias da área das ciências. Entretanto, isso não estaria significando apenas a substituição de uma área cognitiva por outra, sem maiores conseqüências para o processo de se obter médicos mais completos? Parece que o problema da validade da escolha dos estudantes de medicina está mais relacionada ao fato de eles se apresentarem à seleção com um bom preparo de cunho acadêmico do que à sua preparação prévia em ciências, ou humanidades. O artigo discute essas questões e mostra que, em essência, o problema de decidir quem vai estudar medicina está longe de ter uma solução. Aponta, entretanto, para um critério, potencialmente muito importante, que tem sido esquecido: o envolvimento comunitário, ou seja, o que alguém fez durante o seu período de estudos para ensinar, ou servir àqueles que o cercam. Espera-se que seja mais fácil selecionar entre um estudante que tirou nota regular em química, mas que orientou um mutirão comunitário, ou um programa de recreação para inválidos, e outro que tirou a nota máxima, mas que gastou todo o seu tempo competindo por ela. A demonstração de liderança e talento em organizar atividades de educação para a saúde na escola pública de um bairro deve significar mais do que a diferença de alguns pontos em testes de escolha múltipla. Argumenta-se que, se é a perspectiva de servir ao homem que atrai uma pessoa para a carreira médica, então ela deve ser capaz de prová-lo.

O artigo cita 10 referências.

BRODY, David S. — The Patient's role in clinical decision-making. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, 93(5):718-22, nov. 1980.

Muitas vezes os médicos ficam na situação de ter que estimar quanto os pacientes devem participar das decisões clínicas, como também se encontram frente ao problema de ter que responder questões pertinentes levantadas pelos doentes, que nem sempre coincidem com o seu ponto de vista. São dilemas éticos difíceis, sujeitos à discussão. O conceito tradicional da relação médico-paciente vê o doente numa posição passiva. Considera-se que a obrigação do paciente é apenas buscar ajuda competente e cooperar com o médico. Uma série de fatores têm contribuído para manter essa dominância na estrutura de poder da relação médico-paciente. Apesar disso, parece haver, na opinião pública, uma grande insatisfação com a prática médica nos Estados Unidos, onde são crescentes as reivindicações em favor de maior autonomia do paciente. O artigo discute o conceito de coparticipação, apresenta um modelo para estimular a participação do paciente nas decisões médicas e analisa suas vantagens teóricas.

O artigo cita 73 referências.

BUCKINGHAM, Robert W. — Hospice and health policy. *Health Policy and Education*, Amsterdam, 1(4):303-15, dec. 1980.

O artigo analisa o conceito de "hospice" (assistência organizada a doentes em fase terminal). Ressalta a importância em se considerar o paciente e a família como uma unidade. Discute as necessidades do moribundo e da família. O alívio dos sintomas e o controle da dor são pontos críticos. No evoluir para a morte o paciente deve ser tratado com individualidade; deve-se também procurar cercá-lo de atenções para minimizar seus temores de isolamento e abandono. Ainda que receba muitas atenções, é de vital importância para ele sentir-se também dando, tanto quanto recebendo. A família é, ao mesmo tempo, fonte e receptora de cuidados. O "hospice" tem como atribuição

fundamental permitir que a família continue vivendo. As "crises preparatórias de pesar" — conceituadas no texto — devem ser evitadas; no entanto, o período crítico para a família é o momento em que o paciente está próximo da hora da morte. Assinala-se que, nesse instante, a troca de sentimentos entre o moribundo e a família é da mais alta importância, devendo ser estimulada pela equipe assistente. A equipe deve manter contato com a família e com os amigos próximos, depois da morte da pessoa amada, com o objetivo de permitir que eles extravasem seus sentimentos.

As citações bibliográficas compreendem 17 referências.

LINFORS, Eugene W. & NELLON, Francis A. — The Case for bedside rounds. *New England Journal of Medicine*, Boston, 303(20):1230-33, nov. 1980.

Embora se afirme que a visita, a discussão e o contato com o paciente, à beira do leito, seja, indiscutivelmente, um dos mais antigos e importantes métodos de ensino clínico, vários estudos — indicados no texto — mostram que está havendo uma progressiva transferência do ensino de beira do leito para a sala de aula. Há, pois, uma espécie de entropia clínica que está afastando o processo ensino-aprendizagem da beira do leito. Discutem-se várias razões que poderiam explicar e justificar essa entropia, tais como: preservação da privacidade e do bem-estar do paciente; chauvinismo médico; conceituação passiva da aprendizagem; verticalização do saber decorrente da especialização; superabundância de exames complementares e falta de motivação para interagir com doentes. Como consequência, os docentes demonstram uma forma de interação médico-paciente muito diferente da que se realiza na prática médica. O tempo dedicado à entrevista é encurtado em detrimento de uma expansão exagerada do exame físico. O retorno consciente e sistemático à prática das discussões à beira do leito pode alterar esse panorama, pois, além de prolongar substancialmente o tempo durante o qual médico e paciente interagem, apresenta as

seguintes vantagens táticas: o paciente pode ser visto como uma pessoa; a função educacional do médico torna-se evidente e a dimensão psicossocial da medicina pode ser incorporada ao aprendizado clínico. A discussão de caso à beira do leito desestimula a passividade, o dogmatismo e o obscurantismo na Medicina, bem como encoraja e modela, no estudante e no paciente, atitudes e valores sólidos e duradouros.

MILSTEIN, Robert M. et alii — Admission decisions and performance during medical school. *Journal of Medical Education*, Washington, 56(2):77-82, feb. 1981.

O estudo compara um grupo de 24 candidatos (vestibulandos) que foram aprovados na Escola de Medicina da Universidade de Yale, mas que ingressaram em outras Escolas Médicas, com um grupo de 27 candidatos que cursavam essas mesmas Escolas, porém tinham sido recusados pelo processo de seleção da Yale. Os indicadores usados para medir o desempenho de cada estudante, durante o curso médico, foram os resultados dos exames do National Board of Medical Examiners e as respectivas avaliações fornecidas pelas Diretorias das Escolas.

Comparando-se, numa mesma Escola, o desempenho, durante o curso médico, de alunos que tinham sido aprovados no processo de admissão da Yale com alunos que não o foram, verificou-se que não há relação entre os critérios de admissão e o desempenho curricular, o que demonstra a pouca importância do sistema de seleção utilizado pela Yale e aponta para a necessidade de sua revisão. O processo de seleção baseado em entrevistas, além de não conseguir prever diferenças no desempenho curricular dos indivíduos selecionados, tem o inconveniente de permitir a introdução involuntária de erros no julgamento. Por outro lado, seus custos são também muito altos. Essas limitações indicam que, talvez, o processo mais adequado seja aquele que, após uma triagem inicial, faça seleção final por sorteio.

O artigo contém 18 referências bibliográficas.

NOWINSKI, Aron & RIPA, Julio C. — La Investigación en los hospitales. *Educación Médica y Salud*, Washington, 14(4):355-70, 1980.

Opinam os autores que todo hospital oferece campo sumamente fértil para o desenvolvimento da investigação científica, nem por isso tendo que se transformar em centro de pesquisa.

Assinalam que tanto a pesquisa médica biopsicossocial, como a administrativa devem ser levadas a cabo nos hospitais, em harmonia com a assistência médica prestada à comunidade e com a educação médica.

No seu entender, a pesquisa nos hospitais constitui uma atividade necessária que deve por isso mesmo contar com pessoal devidamente motivado para empreendê-la e com suficiente recursos materiais e financeiros. No que se refere ao impulso da pesquisa científica no hospital, caberia um papel fundamental ao diretor da instituição.

Assinalam, por último, que as atividades de investigação devem ser programadas formalmente com base na realidade própria de cada estabelecimento e em prioridades que sejam apoiadas em critérios objetivos.

PHILLIP, R. — Student evaluation; its worth for course tutors. *Medical Education*, London, 14:199-201, 1980.

O curso de "Medicina da Comunidade" da Universidade de Bristol é obrigatório para estudantes do último ano, desenvolvendo-se em 9 semanas e repetindo-se 3 vezes ao ano. Durante 2 anos, os estudantes, ao final de cada curso, responderam a um questionário para avaliar, quanto a "valor", "interesse" e "apresentação", o ensino que lhes fora ministrado, usando para tal uma escala de atitudes de 5 pontos. No primeiro ano, o questionário incluiu 56 itens do currículo, enquanto que no segundo ano eles foram agrupados em 19 grandes tópicos. Para as 3 turmas de 74/75, calcularam-se as médias obtidas em cada um dos itens, as quais, junto com a média obtida para o curso como um todo, foram enviadas para os instrutores responsáveis por cada item. Por outro lado, em

75/76, para cada turma, ao final de cada curso, eram calculadas as médias de cada um dos grandes tópicos e construída uma tabela que sumariava os resultados. O sumário e a média do curso como um todo eram então, enviadas para os instrutores. Após o segundo e terceiro curso de cada ano, os sumários continham as médias dos cursos precedentes de modo a permitir aos instrutores que fizessem comparações.

Após dois anos de aplicação desse tipo de

avaliação pediu-se aos instrutores que respondessem a um questionário que procurava saber se a opinião do estudante lhes era útil no planejamento do ensino. Os achados indicam que a opinião do estudante só é fortemente considerada se os instrutores forem capazes de identificar suas participações pessoais nas tabulações.

O artigo contém 7 referências bibliográficas e traz anexo o questionário enviado aos instrutores.