

A FORMAÇÃO ACADÉMICA EM MEDICINA

– Estudo Exploratório –

Clara Costa Oliveira¹
Ana Feio²

INTRODUÇÃO

Este artigo descreve um estudo descritivo, exploratório e fenomenológico sobre um aspecto que tem sido mencionado internacionalmente: a formação académica de médicos afasta-se do treino clínico que estes profissionais deveriam adquirir antes de começar a exercer a profissão. Centra-se na dimensão do conhecimento, entendido como a assimilação de informação (Anderson; Graham, 1980), em detrimento de competências mais ligadas à ‘arte médica’ e ao relacionamento médico-doente. Assim, o objectivo deste estudo foi identificar quais as áreas mais e menos importantes para o desempenho clínico de médicos, em Portugal, no que respeita à sua formação académica. Os resultados obtidos resultam obviamente de percepções de pessoas que retrospectivamente olham para o seu percurso académico e o articulam com o exercício clínico profissional. Daí tratar-se assumidamente de um estudo fenomenológico, sem quaisquer pretensões e obtenção de dados ‘objectivos’ sobre o tema em questão. Quisemos dar voz aos próprios médicos no que respeita à sua formação académica. Uma das lições mais deprimente, ainda que não surpreendente, é que, em Portugal, estamos perante uma classe que não demonstrou vontade, nem interesse, em ser ouvida, pelo menos neste estudo. O sofrimento e apatia dos médicos

¹ Investigadora na Universidade do Minho (IE-CEH-UM)

² Inv. colaboradora do CEH-U.Minho.

em Portugal devem ser objecto de estudo quanto antes, no nosso entendimento (Dejours; Abdoucheli, 1994).

MATERIAL E MÉTODOS

1. Elaboração e testagem do instrumento

Considerou-se importante a realização de um inquérito que demorasse pouco tempo a ser respondido, e que pudesse ser divulgado e preenchido facilmente. Elaborou-se, pois, um questionário com perguntas fechadas, no que respeita à identificação, e de estrutura semi-aberta, no que se refere às perguntas sobre formação académica.

Tendo em conta o objectivo do estudo referido anteriormente, duas perguntas incidiram sobre as áreas formativas que mais e menos importantes tinham sido para a prática clínica actual dos inquiridos. A terceira incidiu sobre eventuais omissões científicas da formação académica, no que se referisse à prática clínica médica. A qualquer uma destas perguntas foi solicitada justificação.

A primeira versão do documento foi testada com um grupo de 25 médicos de um hospital português, de várias especialidades e em regime de internato. Foi sugerida uma pequena alteração na identificação do grau académico, pelo facto de haver, neste momento, cursos de licenciatura com mestrado integrado, no âmbito da estruturação académica pró-Bolonha. Essa alteração foi introduzida.

A testagem do instrumento permitiu aferir a dificuldade e o tempo gasto para o seu preenchimento; os 25 médicos que o testaram responderam sem dificuldade e nenhum demorou mais de cinco minutos.

2. Divulgação e preenchimento do instrumento

Após a testagem do instrumento, o questionário foi divulgado por contacto pessoal com os profissionais de saúde em várias instituições e através do envio, por correio electrónico, do questionário ou do *link* da plataforma on-line onde o mesmo se encontrava disponível. Em todos estes contactos, foi solicitado aos profissionais de saúde, a divulgação do questionário junto da classe médica e foi também garantido o total anonimato no tratamento

de dados Utilizou-se pois o método de *snowbowling* para colecta de dados (Penrod; Preston; Cain; Starks, 2003) e a metodologia utilizada foi de tipo mista (qualitativa e quantitativa); qualitativa sobretudo na análise temática de conteúdo, por recurso ao método estruturalista-hermenêutico (Braun; Clarke, 2006; Flick, 2002)

Convém esclarecer que não existe consenso na literatura quanto ao uso de expressões como ‘análise de conteúdo’, ‘análise temática’, análise de discurso’, ‘grounded theory’. De facto, a análise de conteúdo surgiu em meados do século passado, tentando criar uma técnica metodológica que permitisse uma abordagem interpretativa de dados colhidos nas ciências sociais, que as técnicas e métodos quantitativos não permitiam; no entanto, o método e a técnica, desenvolvidos sobretudo por Bardin (2000), possuem ainda ligações a uma análise quantitativa, analisando o conteúdo de uma entrevista, por exemplo, em função do número de vezes que determinada categoria surge, ou seja, por exemplo: a interpretação de um questionário encontra-se fortemente correlacionado com a quantidade de vezes que determinadas categorias surgem (Flick, 2002)

Isto inviabiliza um estudo mais aprofundado do significado dos conceitos utilizados num inquérito, o que é conseguido pela análise temática, ao correlacionar os conceitos com temas que englobam contexto e dados sociodemográficos de quem os utiliza, por exemplo (Moore, 1955). Aproxima-se de uma análise hermenêutica, onde o significado depende da correlação significativa entre vários conceitos numa narrativa, no contexto histórico em que é formulada, na coerência existente entre os conceitos utilizados, etc.

Alguns dados foram sujeitos a análise quantitativa simples e SPSS, dos quais resultam os gráficos que apresentamos. Contactámos ainda a ordem dos médicos e os núcleos de estudantes de Medicina das diversas universidades portuguesas, sem que tenhamos obtido nenhuma resposta por parte destas organizações.

Dos 220 questionários recolhidos, 124 foram considerados válidos para este estudo, por se encontrarem correctamente preenchidos. Os outros estavam incompletos, pelo que tiveram que ser eliminados da amostra do estudo.

Dado o questionário se reportar à formação académica dos actuais médicos, não se considerou necessário ter que pedir autorização à Comissão de Ética dos vários estabelecimentos de saúde nos quais eles foram respondidos. Tal foi, aliás, o entendimento do responsável pela formação do hospital no qual foi testado o instrumento.

Os inquéritos foram respondidos durante o primeiro semestre do ano 2011 e embora pudessem ter sido respondidos por profissionais a exercerem a sua actividades em qualquer parte do território português, nenhum médico de origem insular respondeu ao inquérito, apesar da sua ampla divulgação.

3. Tratamento dos resultados

Os dados dos 124 inquéritos considerados neste estudo foram sujeitos a um tratamento estatístico de SPSS, obtendo-se percentagens e gráficos sobre as variáveis presentes na identificação dos inquéritos: idade; sexo; universidade onde obteve o grau académico; especialidade e instituição profissional actual.

No que respeita às respostas fornecidas pelas perguntas semi-abertas codificaram-se em SPSS as áreas/valências científicas mencionadas pelos respondentes em função das seguintes grupos temáticos: ‘Ciências básicas’; ‘Áreas clínicas’; ‘Humanidades em Medicina’; ‘Especialidades’; ‘Saúde pública’; ‘Outras áreas/valências’. Este último grupo temático condensou grupos de disciplinas (ou unidades curriculares – uc’s), que muitos respondentes não inseriram em nenhuma área/valência. Assim, considerou-se:

Ciências básicas: ‘ciências básicas’, ‘matemática’; ‘química biológica’, ‘bioquímica’; ‘física e química’; ‘anatomia patológica’; ‘Medicina laboratorial’; ‘patologia’; ‘biomatemática’; ‘biofísica’; ‘da clínica à biologia molecular’; ‘biologia celular’; ‘farmacologia’; ‘sistemas orgânicos e funcionais’; ‘anatomia’; ‘farmacologia’; ‘infecção nosocomial’; ‘Medicina nuclear’.

Áreas clínicas: ‘prática clínica’; ‘residências hospitalares’; ‘Medicina interna’; ‘terapêutica médica’; ‘propedêutica médica e cirúrgica’; ‘clínica médica’; ‘introdução à clínica médica’; ‘raciocínio clínico’; ‘semiologia’;

‘modelos probabilísticos para diagnóstico, tratamento e prognóstico’; ‘estágios/casos clínicos/prática’; ‘serviço de urgência’; ‘realização de exame clínico’; ‘área de abordagem do trauma’; ‘medicação’.

Humanidades em Medicina: ‘domínios verticais’; ‘trauma e doente crítico’; ‘inglês’; ‘ética/bioética e deontologia’; ‘psicologia’; ‘psicologia médica’; ‘sociologia médica’; ‘história da Medicina’; ‘responsabilidade do doente’; ‘dor’; ‘sofrimento’; ‘vertente psico-social’; ‘comunicação/relações interpessoais’; ‘compreensão do idoso’; ‘perspectiva psicossomática’; ‘antropologia’; ‘direito da saúde’; ‘política e políticas da saúde’; ‘familiares de doentes’; ‘articulação com serviço social’; ‘aprender a ouvir’; ‘aprender a dar más notícias’; ‘aprender a trabalhar em equipa’; ‘coordenação e gestão de conflitos’; ‘reclamações’; ‘agressividade’; ‘dependência psíquica’; ‘humanização’; ‘falência do modelo médico’; ‘problemas sociais’; ‘volume de trabalho’; ‘dependências’; ‘empatia’; ‘lidar com a morte’; ‘maior autonomia e participação’; ‘contacto com estruturas de saúde e doentes’; ‘doente psiquiátrico’; ‘Medicina legal/forense’; ‘multiculturalismo’.

Especialidades: ‘Medicina geral e familiar’; ‘cirurgia geral’; ‘urologia’; ‘oftalmologia’; ‘anestesiologia’; ‘neurofisiologia’; ‘hematologia’; ‘fisiologia’; ‘psiquiatria e saúde mental’; ‘ginecologia/obstetrícia’; ‘radiologia’; ‘cuidados intensivos’; ‘ortopedia’; ‘genética’; ‘neurologia’; ‘saúde comunitária’; ‘pediatria’; ‘dermatologia’; ‘otorrinolaringologia’; ‘oncologia’; ‘cuidados paliativos’; ‘neuroquímica e neurofisiologia’; ‘doenças crónicas’; ‘cirurgia básica’; ‘ortopedia’; ‘Medicina oral’; ‘estomatologia’; ‘infecçologia’; ‘nefrologia’; ‘pedopsiquiatria’; ‘cuidados continuados’.

Saúde pública: ‘saúde pública’; ‘Medicina preventiva’; ‘epidemiologia’; ‘biologia das populações’; ‘higiene e Medicina social’; ‘Medicina comunitária’ e ‘saúde comunitária’; ‘estatística/bioestatística’ (dada a indefinição, em Portugal, de onde se inserir a Medicina comunitária - na saúde pública ou na Medicina geral e familiar, por exemplo-, optamos por a inserir no grupo temático «saúde pública»).

Outras áreas/valências: ‘estágios’; ‘introdução à Medicina’; ‘métodos quantitativos’; ‘organização dos serviços’; ‘análises’; ‘terapêutica e hidrologia’; ‘todas as áreas actualmente não praticadas’; ‘teoria e <ver

fazer»); ‘informática’; ‘PBL (*problem-based learning*)’; ‘terapêutica médica’; ‘enfermaria’; ‘análises’; ‘Medicina legal’; ‘meios complementares de diagnóstico’; ‘patofisiologia’; ‘neuroanatomia’; ‘ecologia’; ‘Medicina baseada na evidência (MEB)’; ‘limitar gastos’; ‘como escrever e interpretar um artigo científico’; ‘ferramentas de análises de dados’; ‘marketing na promoção da saúde’; ‘gestão do tempo’; ‘tecnologias’; ‘limitações burocráticas’; ‘nutrição’; ‘investigação’; ‘suporte básico de vida’; ‘suporte avançado de vida’; ‘gestão dos serviços de saúde’; ‘análise de resultados de ensaios clínicos’; ‘material anatómico’; ‘intervenções em gasimetria’; ‘procedimentos técnicos de enfermagem’; ‘electrocardiografia’; ‘socorrismo’.

Estes grupos temáticos correspondem, *grosso modo*, à estrutura base das licenciaturas em Medicina das universidades onde os inquiridos realizaram a sua formação académica; mas várias das áreas/valências, disciplinas/uc’s não foram possíveis de encaixar numa estrutura comum, pelo que, como já se referiu, decidiu-se colocá-las no grupo temático ‘Outras áreas/valências’. No que respeita à Medicina interna, não foi colocada nas ‘Especialidades’, mas sim no grupo temático das áreas clínicas pelo facto de os inquiridos a considerarem como uma área que proporciona sobretudo treino clínico. Não se inseriu a Saúde Pública nas ‘Especialidades’ por muitas áreas/valências/disciplinas aparecerem como dela fazendo parte, pelo que pareceu mais producente considerá-la como um grupo temático à parte, de modo a ficar consagrada essa pluralidade.

Tendo por base grupos temáticos criados procedeu-se, posteriormente, a uma análise temática de conteúdo das justificações fornecidas pelos respondentes.

RESULTADOS

Os 124 inquéritos considerados correspondem a uma população com idades ente 24 anos e os 83 (um respondente), maioritariamente do sexo feminino (71). Se o predomínio das mulheres é crescente a partir dos 45 anos, isso não acontece nos inquéritos obtidos com profissionais entre os 40-45 anos; no entanto, esse predomínio (ainda que menos acentuado) verifica-se também nos inquiridos com a idade compreendida entre os 50 e os 55 anos.

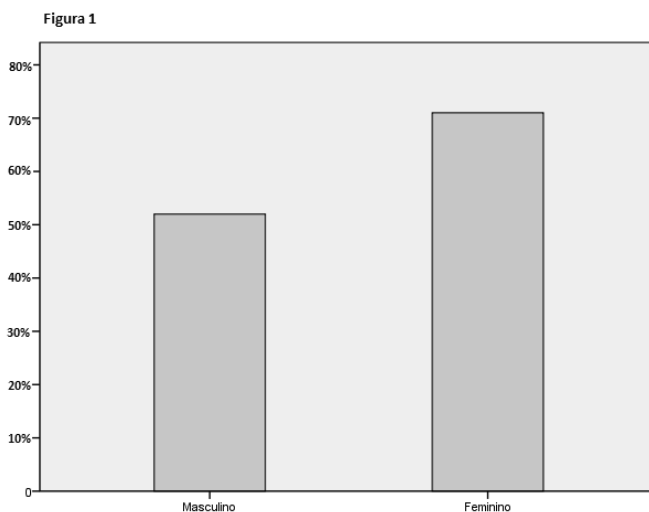


FIGURA 1: gráfico nº 1 – respondentes por sexo

Os respondentes eram profissionais com especialidade (16 tipos diferentes) ou em ano de internato comum; pertenciam a 17 instituições de saúde (encontrando-se também um profissional aposentado); trabalhavam em 33 unidades/serviços, além daqueles que se encontravam em ano comum. Os médicos portugueses desta amostra obtiveram o seu grau de licenciatura/mestrado integrado em todas as universidades de Medicina do continente, com exceção da Univ. Clássica de Lisboa e da Univ. da Beira Interior, das quais não recebemos quaisquer resposta ao inquérito. A Faculdade de Medicina do Porto foi aquela da qual se receberam o maior número de respostas.

Tendo em conta a análise de resultados baseada nos temas acima enunciados, os dados apontam claramente para que a área formativa da academia portuguesa que os inquiridos consideraram com menor interesse para a sua prática clínica é a de ‘Ciências Básicas’; em segundo lugar surgem as ‘Humanidades em Medicina’, quase iguais pela área de ‘Especialidades’.

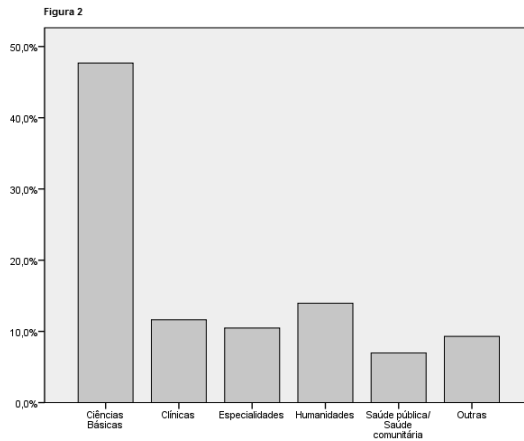


FIGURA 2: Gráfico n.º 2 – Áreas académicas com menor interesse para a prática clínica

No que respeita às áreas/valências/disciplinas/uc's de maior interesse para a prática clínica, os médicos inquiridos atribuíram um grande peso às incluídas no grupo temático 'Áreas clínicas' (54,7%). Em segundo lugar surgem as 'Especialidades' com 23,6%; mas se a este valor, acrescentarmos o valor do no grupo temático 'Saúde Pública', teríamos que as especialidades seriam responsáveis por 29,3% na pergunta deste questionário.

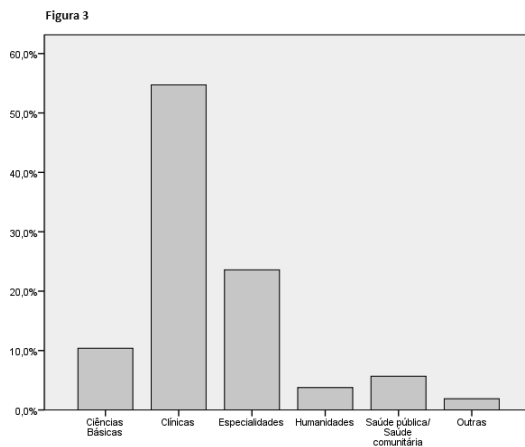


FIGURA 3: Gráfico n.º 3 – Áreas académicas de maior interesse para a prática clínica

No grupo temático ‘Áreas clínicas’ sobressaem duas áreas: residências e Medicina interna, seguidas de ‘clínica médica’ e de ‘introdução à Medicina clínica’.

Interessantes os dados obtidos, por uma das áreas consideradas menos importantes na formação ser considerada como uma das que mais falta faz na prática clínica, as ‘Humanidades em Medicina’, com 36,6% (34). Tentaremos elucidar esta questão posteriormente.

Os resultados obtidos nesta pergunta quanto ao grupo temático ‘Áreas clínicas’ (seis) são coerentes com a importância atribuída na primeira questão do inquérito, onde encontramos uma percentagem alta (58 respostas). Isto parece significar que apesar de ajuizarem, maioritariamente, a formação no grupo temático ‘Áreas clínicas’ como a mais importante para a prática clínica, ela é considerada como devendo ser ainda mais realçada na formação académica: ‘realização de exame clínico’, ‘modelos probabilísticos para diagnóstico’, ‘tratamento e prognóstico’, ‘área de abordagem do trauma’.

No que respeita ao no grupo temático ‘Especialidades’, os nossos inquiridos aludiram a 21 (não devendo o leitor esquecer que se criou um grupo temático à parte para saúde pública). A sua análise permite identificar um grupo distinto, ligado a um dos maiores desafios da prática clínica actual e do futuro: as doenças crónicas, *latu sensu* (Moore, 1955; Zelen, 1971) (‘cuidados paliativos’, ‘doenças crónicas’, ‘cuidados continuados’, ‘oncologia’). Outras referem-se a especialidades clássicas, que provavelmente os entrevistados não tiveram oportunidade de ter formação nas instituições de saúde incluídas na sua formação académica, tais como ‘saúde ocupacional’, ‘radioterapia’, ‘pedopsiquiatria’, ‘nefrologia’ e até ‘infeciologia’. No que respeita à ‘Saúde pública’, foram assinalados ‘Medicina comunitária’ e ‘saúde comunitária’, além de ‘epidemiologia’, ‘estatística e bioestatística’, ‘necessidade de maior aptidão em bioestatística’. Como referiu um dos inquiridos, ‘apenas tive acesso à estatística no meu primeiro ano da faculdade sem perceber na altura a importância dela’. Relevante é o número (20) de ‘Outras áreas’, avaliadas como necessárias à formação destes médicos. Quando cruzamos as respostas obtidas com os anos de graduação destes médicos, podemos verificar (e alguns deles explicitam-no) que as áreas/valências/disciplinas/uc’s mencionadas, foram omissas na sua formação.

Assim, por exemplo, pessoas formadas na década de 60 do século passado tiveram pouca formação em genética e nenhuma em informática; a própria epidemiologia da época lidava com a selecção e o tratamento de dados de forma muito diferente da actual. Além disso, surgem sugestões de formação ligadas à estrutura contemporânea dos serviços de saúde, tais como ‘gestão do tempo’, ‘gestão de serviços de saúde’, ‘limitações burocráticas’ e ‘limitar gastos’.

Ainda dentro deste grupo temático, aparecem pedidos de formação ao nível da investigação científica, como ‘EBM’, e ‘como escrever e interpretar um artigo científico’. Mencionam-se ainda cuidados técnicos específicos, alguns dos quais intrinsecamente ligados à prática clínica: ‘suporte básico/avançado de vida’, ‘procedimentos técnicos de enfermagem’ e ‘análise de resultados de ensaios clínicos’.

No grupo temático ‘Ciências básicas’ surgiram apenas três referências, entre elas: ‘farmacologia’, que se prende directamente com a medicação, ou seja, com a prática clínica.

DISCUSSÃO

Analisando o conteúdo das respostas ao inquérito, várias conclusões se podem tirar, embora, em virtude do número da amostra, elas apenas podem servir de indicadores sobre o objecto deste estudo, podendo antes ser utilizadas para pesquisas mais aprofundadas e dirigidas a amostras mais amplas de inquiridos (e até especificados, por áreas formativas, por exemplo). Seria também interessante, com uma amostra maior, proceder a um estudo longitudinal que proporcionasse uma abordagem histórica aprofundada da formação académica de médicos em Portugal, estudos que rareiam em Portugal.

A conclusão talvez mais evidente reporta-se à dimensão pedagógica (Delors, 1997). Independentemente das áreas que avaliaram negativamente, as justificações para esse juízo são usualmente de carácter pedagógico. Assim, referem-se, antes de mais, à desadequação entre o ensino ministrado considerado ‘muito teórico’, ‘sem aplicação na prática clínica’ e ‘aulas práticas curtas’. A relação (ou falta dela) entre formadores e alunos é uma

constante, nomeadamente quanto aos professores da academia, os tutores, os orientadores das especialidades; por vezes, menciona-se não tanto o distanciamento relacional (que inibia a colocação de dúvidas, logo, a aprendizagem), mas antes a indisponibilidade (por excesso de trabalho) dos tutores e dos orientadores. É também referido o ‘contacto com médicos/tutores pouco motivados para o ensino’.

Deste modo se compreende que a mesma área seja considerada por alguns respondentes como tendo sido fundamental na sua prática clínica, e por outros como tendo sido inútil pelo esforço de ‘memorização’ e ‘excesso de trabalho’ face às competências adquiridas para a prática clínica. A menção à qualidade de determinados professores (identificados pelo nome) de uma área numa determinada academia (e numa época determinada de formação) contrapõe-se à desvalorização da mesma área leccionada numa outra faculdade, e/ou numa outra época. Parece ser evidente, portanto, que a qualidade pedagógica dos docentes fez a diferença, e não tanto o conteúdo científico. A corroborar esta afirmação surgem também juízos de grupos de professores/tutores/orientadores de áreas específicas: ‘frieza pedagógica’, ‘feitos intratáveis e sabem pouca prática clínica’, ‘formação [...] muito dependente do caso clínico isolado, não havendo o acompanhamento dos doentes nas diferentes etapas do processo’.

Outras queixas pedagógicas são apontadas: uma área é identificada como não tendo sido leccionada numa faculdade (‘não houve aulas’), aulas mal preparadas, desorganizadas, matérias sobreponíveis em áreas diferentes, descontextualizadas da Medicina e sobretudo da prática clínica, ‘indefinição do regime de avaliação’, ‘estudo de artigos científicos com pouca actualidade prática’, ‘muito desinteressante’, a não abordagem de ‘as verdadeiras e importantes questões’.

Refere-se frequentemente que uma área não foi útil para a prática clínica por ter sido leccionada em altura desapropriada do currículo: ‘porque a disciplina foi leccionada no primeiro ano da faculdade’, ‘o psico-social chega muito mais tarde e, assim, todas as matérias que dizem respeito a estas áreas eram menosprezadas’. Mas nas dificuldades pedagógicas, alguns reparos são também feitos no que respeita à falta de recursos físicos (‘escassez de material, peças anatómicas, em particular cérebros para dissecar

ção'), bem como à gestão dos cursos: 'elevado número de alunos prejudica o treino real das técnicas junto de doentes-reais'.

Verifica-se também uma desarticulação das disciplinas/uc's da mesma área/valência, o que levou os inquiridos a referirem-se várias vezes a disciplinas/uc's específicas, e não propriamente às áreas/valências.

A incidência das críticas negativas é maior (mas não exclusiva) no que respeita aos primeiros anos de formação, salientando-se um dado positivo nos outros anos de formação que ajuda a balançar pela positiva este juízo globalmente negativo: a aprendizagem entre pares – 'aprendi com os outros internos'.

Vários são os aspectos considerados positivos pelos médicos em questão. Alguns consideram que, na globalidade, a sua formação académica foi boa: 'todas as valências do currículo académico contribuíram para a forma como encaro e interpreto a Medicina'.

Outros salientam as competências específicas de algumas áreas/valências: '[ciência básica] pelo sentido de responsabilidade, de exigência. [Humanidades] pela entre-ajuda, pelo humanismo. [Saúde Pública] pelo contacto com a comunidade'; 'contacto com as situações limite e a necessidade de decisões rápidas foram fundamentais na minha formação'; 'aprendi a semiologia e o início do desenvolvimento do raciocínio clínico'.

Ao nível didáctico e pedagógico, salienta-se a aprendizagem em 'PBL', 'trabalho com grupos pequenos, estudo auto-dirigido', mas também a qualidade de alguns docentes: 'alguns, poucos, professores, que eram capazes de dar aulas sem slides e de falar do que não está nos livros nem nas sebatas'; 'o professor que leu um poema na aula'; 'tive a sorte de ter alguns docentes verdadeiramente notáveis como clínicos argutos e cuidadores atentos. Tudo o resto foi adquirir conhecimentos por vezes úteis e algumas vezes inúteis'; 'organização das aulas com programas informáticos de simulação de casos clínicos, estudo e discussão integrada com tutor, aprendizagem por mapas conceptuais, integração dos conhecimentos teóricos'; 'aulas teóricas bem organizadas e cativantes, temas leccionados abrangentes e actualizados'.

Algumas das áreas são explicitamente identificadas como de formação de alto nível no que respeita à prática clínica, nomeadamente, as 'Áreas

clínicas’: ‘as valências clínicas dos últimos anos da faculdade foram preciosas pois contei com professores brilhantes quer em conhecimentos quer na capacidade de os transmitir’.

Uma palavra de destaque tem que ser dada à Medicina interna, pois é a área com mais referências ao exercício da prática clínica: ‘o contacto com o doente de forma holística; a aplicação prática dos conhecimentos teóricos’; ‘implicava a relação médico-doente, quer através da observação dos mestres, quer através das relações que os alunos estabeleciam directamente com os doentes, aprendi a essência da arte médica, aquilo que os livros, nenhum livro, pode ensinar, a saber: a parceria breve que se estabelece entre dois iguais [...], as técnicas de comunicação, o exercício da empatia, a complexidade dos processos de decisão e a leitura hermenêutica dos sinais e sintomas’.

Como referimos anteriormente, algumas das áreas/valências/disciplinas/uc’s incluídas no grupo temático ‘Humanidades em Medicina’ foram consideradas, por muitos dos inquiridos, como tendo pouca importância na sua actual prática clínica.

No entanto, aquando do momento de identificar matérias sobre as quais consideravam necessário ter tido formação académica para o desempenho da sua prática clínica, muitos dos respondentes mencionaram áreas/valências/disciplinas/uc’s incluídas naquele grupo temático (Pinto-Machado; Oliveira, 2008).

Figura 4

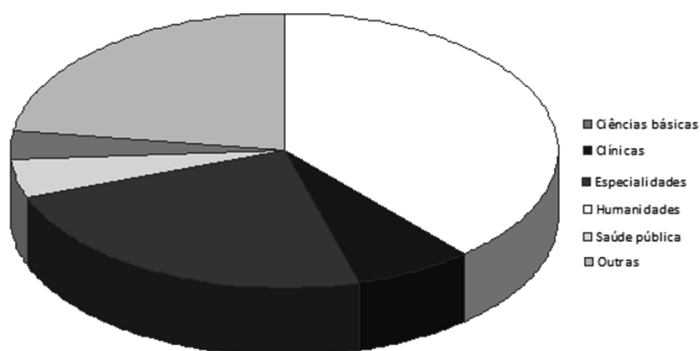


FIGURA 4: Gráfico n.º 4 – Áreas académicas não contempladas

Esta aparente contradição tem, quanto a nós, duas explicações, pelo menos, e sobre as quais nos vamos debruçar brevemente. A primeira refere-se à percepção de qualidade e pertinência das matérias humanísticas para a sua prática clínica. Assim, e com excepções – tal como mencionado acima – muitos destes médicos consideram que a sua formação de humanidades foi desadequada à sua prática clínica ‘[...] com aulas teóricas incapazes de transmitir a real importância do conhecimento médico ao longo do tempo’; ‘[...] má preparação/apresentação das aulas’; ‘[...] por não ter grande aplicação prática’.

Custa a acreditar que não tenham razão, quando verificamos aquilo que enunciam que lhes faz falta na prática clínica, declarando a premência de formação em matérias classicamente vinculadas às ‘Humanidades em Medicina’. Tal é visível quer em apreciações globais, quer em enunciados que remetem para temáticas específicas. Referindo apenas alguns exemplos - quanto ao primeiro caso: ‘Maior formação no âmbito das chamadas ciências sociais e humanas. O número de horas dedicadas durante os seis primeiros anos [...] é manifestamente insuficiente’.

No que respeita às matérias específicas, podemos dividi-las em dois grupos, sendo o primeiro o da formação em lidar com o sofrimento humano dos doentes e famílias, incluindo a dimensão comunicacional: ‘acompanhar os outros no sofrimento e na agressividade’; ‘na formação pré-graduada existe escassa ou nenhuma referência a determinadas áreas como a dor (sobretudo a dor crónica), cuidados paliativos ou anestesiologia’; o relacionamento humano (afectivo mesmo) com doentes e familiares no que diz respeito a todas as situações, desde as mais banais até às complexas’; ‘a mais importante falha foi a de não se ensinar nada sobre a comunicação entre pessoas quando a prática médica é um relacionamento ente a pessoa do médico e a do doente’; ‘não foi abordada a forma de lidar com a morte, sobretudo com acompanhamento e o apoio do doente em fase terminal’ Emmert-Streib (2013).

Um segundo grupo remete para questões sociais, propriamente ditas, para o mundo do qual os doentes fazem parte, numa consciencialização clara, por parte destes médicos, que o exercício da Medicina não se pode isolar do que se passa fora das instituições de saúde (ou de doença, mais propria-

mente): ‘não aprendemos a lidar com familiares de doentes (perfis psicológicos, tipo de comportamento a ter)’; ‘multiculturalismo’; ‘[...] a vertente assistencial que é uma componente fundamental do nosso trabalho’.

Além de apontarem as falhas formativas que mais graves se lhes afiguram, muitos dos inquiridos avançam com sugestões de vários tipos, não direccionadas a áreas/valências isoladas. Sublinhamos algumas. Ao nível das ‘Ciências básicas’, uma maior articulação entre elas, e entre elas, as especialidades e a prática clínica: ‘acabamos o curso sem saber nenhum nome de medicamentos e iniciamos o Internato e os serviços de urgência sem saber nenhum nome’. Alguns sugerem que ajudem, na formação a ‘evitar publicidade enganosa e práticas duvidosas/fraudulentas’, e outros aconselham um forte investimento em actividades extra-curriculares: ‘as actividades extra-curriculares foram fundamentais: culturais e políticas’; ‘[...] o movimento católico de estudantes onde discutia a situação do país e da universidade; a associação de estudantes de cuja direcção fiz parte’.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo remetem para a existência de um documento com mais de 15 anos, dedicado à educação médica, e da responsabilidade da OMS (WHO, 1995).

Nele se divulgou o médico ‘5 estrelas’; denominação atribuída a Boelen, prevendo que os médicos desempenhem funções, primordialmente, como: *care provider*; *decision-maker*; *communicator*; *community leader*; *manager*. (WHO, 1995). Ao analisarmos os resultados que aqui apresentámos, concluímos que, na percepção dos inquiridos, a academia portuguesa tem que se modificar rapidamente para cumprir pelo menos quatro das cinco estrelas apontadas pela equipa de Boelen. Aquela na qual aparentemente nos estamos a sair melhor respeita a ‘prestação de cuidados’. Mesmo quanto a esta função, no entanto, encontramos limitações se tivermos em conta os dados de falta de formação ao nível das humanidades e até de especialidades, *eg*, no que se refere às doenças crónicas. O impacto destas deficiências formativas ao nível do cuidado dos doentes, da gestão do sofrimento e desgaste dos médicos, do seu não envolvimento em

decisões, e gestão, de instituições, de serviços, no isolamento destes face à realidade cultural (e à idiosincrasia pessoal) dos doentes, são enormes (Dejours; Abdoucheli, 1994).

No documento mencionado (WHO, 1995, e em outros), encontram as universidades sugestões de mudança da situação formativa actual: as experiências das universidades de Aveiro e Algarve (com formação centrada na prática clínica, e diminuição muito significativa na formação ao nível das ciências básicas), no futuro, serão muito importantes para podermos perceber como podemos avançar para modelos de formação menos clássicos, mas nem por isso menos rigorosos (Anderson; Graham, 1980),

Se tivermos como ponto de referência o documento sobre o profissionalismo médico (Blank, 2002), a situação parece um pouco melhor, dado ser um documento elaborado, de base, para profissionais de Medicina interna. Os compromissos aí apontados parecem ser bastante cobertos pela formação descrita pelos inquiridos, no que respeita a essa especialidade; trata-se, porém, de um documento que pretende abranger todos os médicos e, nesse sentido, deveriam as universidades portuguesas estar a ele mais atentas, na formação dos seus estudantes.

Salientamos a necessidade de estudos mais aprofundados sobre esta temática, o que permitiria colher um número bastante significativo de inquiridos (Lakatos; Marconi, 1995).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson J, Graham A. (1980). A problem in medical education: is there an information overload?. *Medical education*. 14: 4-7.
- Bardin L. (2000). *Análise de conteúdo*. Lisboa : Edições 70.
- Blank L. (2002). Medical professionalism in the new millenium: a physician charter. *Annals of internal medicine*. 136: 243-246.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3 (2):. 77-101.
- Dejours, C., Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* São Paulo: Atlas.

- Delors, J. (1997). *Educação: Um tesouro a descobrir*. Porto: Edições Asa.
- Emmert-Streib (2013), F. Personalized medicine: Has it started yet? A reconstruction of the early history. *Syst Rev*. 2(1): 56.
- Flick, U. (2002), *An introduction to Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage
- Lakatos E, Marconi M. (1995) *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Atlas.
- Moore, J. (1955). The natural history of chronic illness. *J Chronic Dis*. 1: 335-337.
- Penrod J, Preston DB, Cain R, Starks MT. (2003). A Discussion of Chain Referral as a Method of Sampling Hard-to-Reach Populations. *J Transcult Nurs*. 4 (2): 100-7.
- Pinto-Machado, J.; Oliveira, C. C. (2008). Formação personalista de médicos. *Acção médica*, ANO LXXII, 1: .5-13.
- World Health Organization (WHO) (1995): Developing protocols for change in medical education. Geneva: WHO.
- Zelen, M. (1971). Data analysis methods for inferring the natural history of chronic diseases. *Natl Cancer Inst Monogr*.34: 275-82.