

A Medicina Geral Comunitária na Graduação: A Opinião de Estudantes Ingleses e Brasileiros

General Practice at the Undergraduate Level: Opinions of British and Brazilian Students

Erno Harzheim¹
Claudia D. Furtado²
Airton T. Stein³
Joe Rosenthal⁴

DESCRIPTORES:

- Medicina comunitária - educação
- Estudantes de medicina

KEY WORDS:

- Community medicine - education
- Students, medical

RESUMO

Este artigo compara as opiniões de estudantes britânicos e brasileiros sobre a qualidade do ensino na graduação, a ênfase dada ao ensino de especialidades e ao ensino de Medicina Geral Comunitária, além da ocorrência de arrependimento em estudar Medicina. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário padronizado, com perguntas quantitativas e de lista livre a estudantes em diferentes níveis da graduação. Constatou-se, com base na opinião dos alunos, ênfase excessiva no ensino de especialidades em detrimento do ensino de medicina geral no Brasil, com diferença significativa ($p < 0,05$) quando comparado com a Grã-Bretanha. Encontrou-se, também, menor porcentagem de estudantes brasileiros (32%) dispostos a especializar-se em MGC do que na Grã-Bretanha (55%), havendo diferença significativa ($p < 0,05$). Quanto à ocorrência de arrependimento, não houve diferenças significativas entre os dois países, mas, no Brasil, observa-se excessiva preocupação dos alunos em formar um currículo competitivo para a disputa de vagas de residência médica ("curriculite"), o que não ocorre na Grã-Bretanha.

ABSTRACT

This article compares opinions among British and Brazilian students with regards to the quality of undergraduate teaching and emphasis given to the teaching of hospital specialities and community general practice. It also investigated the frequency of regret at studying medicine. Data were collected by applying a standardized questionnaire of quantitative and free-list questions among undergraduate students at different levels. In the Brazilian students' opinions, excessive emphasis is placed on the teaching of hospital specialties, to the detriment of general practice, significantly different ($p < 0,05$) from the situation in Great Britain. In addition, a smaller proportion of Brazilian students (32%) were willing to enter general practice than British students (55%), with significant differences ($p < 0,05$). No significant differences were found between the two countries in relation to the occurrence of regret at studying medicine. In Brazil though, were found to be overconcerned to form a competitive resumé to dispute places on medical residency programs, which did not happen in Great Britain.

1 Médico-residente em Medicina Geral Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

2 Médica-residente de radiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

3 Médico geral comunitário do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Nossa Sra. da Conceição (GHC), mestre em Clínica Médica pela UFRGS, mestre em Saúde Comunitária pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, Universidade de Londres, doutor em Clínica Médica pela UFRGS, professor titular do Departamento de Medicina Preventiva da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA).

4 Médico de família, professor de general practice do RFHSM.

INTRODUÇÃO

Medicina Geral Comunitária é uma especialidade médica de atenção primária à saúde, direcionada a indivíduos de todas as faixas etárias e ambos os sexos, famílias e comunidade, que se caracteriza por um atendimento ambulatorial continuado e integral, baseado numa forte relação entre o médico e o paciente^{1,2}. Em outros países (Argentina, Canadá, Espanha, etc.), é conhecida como medicina de família, denominação também utilizada em nosso país, enquanto na Grã-Bretanha é conhecida como general practice (GP). Sabe-se que aproximadamente entre 80-90% dos problemas de saúde podem ser resolvidos por meio do atendimento primário, conferindo-lhe alto grau de resolutividade³. Para atingir estes objetivos, o médico geral comunitário necessita inserir-se na comunidade em que trabalha, atuando como agente social, envolvendo-se na dinâmica do grupo.

No Brasil, salienta-se a importância da MGC devido as nossas condições sócio-econômicas, ao perfil de saúde e à falta de acesso da população a serviços básicos de saúde. A pobreza é tanto causa, como efeito do processo saúde-doença, e a promoção e proteção da saúde de uma população são fatores essenciais para se intensificar o desenvolvimento econômico e social de uma nação⁴. Nosso país encontra-se num período de transição demográfica e epidemiológica particular. Existe um aumento de expectativa de vida, gerando um número maior de idosos, com elevação da mortalidade por causas crônico-degenerativas, processo típico de um país desenvolvido, enquanto se mantém as elevadas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias³. Esta transformação reforça a necessidade de atuação contínua de uma equipe de atenção primária à saúde, tanto no tratamento, como na prevenção desse amplo espectro de condições que afetam a saúde da população. Saliente-se que o atendimento continuado possibilita vários efeitos positivos: melhora da relação médico-paciente, maior adesão ao tratamento, número e duração reduzidos de admissão hospitalar, economia de tempo e número de exames laboratoriais, melhora dos desfechos de saúde e maior satisfação tanto do médico, como do paciente⁵.

Desta forma, devido ao papel da MGC na solução de problemas de saúde em nosso país, chama atenção o fato de que somente 0,6% dos médicos-residentes, em 1995, faziam residência em MGC⁶ em comparação com a Grã-Bretanha (50%). Esta disparidade é reflexo da diferença entre os dois sistemas públicos de saúde, suas diferentes formas de remuneração, diversa organização e conteúdo do ensino médico em nível da graduação. Para Nieman *et al.*, o fator mais

importante que diferencia os alunos que escolhem especializar-se em medicina de família é a presença de disciplinas de atenção primária no currículo da graduação⁷. Em um estudo norte-americano, Stine *et al.* identificaram uma relação significativa entre a presença de disciplinas de medicina de família no currículo médico e a posição das universidades no quartil superior em um *ranking* que as graduava quanto à porcentagem de alunos que escolhia medicina de família⁸.

O presente estudo compara as opiniões dos alunos de Medicina de universidades do Brasil e da Grã-Bretanha quanto à qualidade do ensino médico durante a graduação, com ênfase no ensino de MGC, suas razões para fazer ou não MGC como especialidade médica e identifica a ocorrência de arrependimento em estudar Medicina entre os estudantes e suas razões. Este último objetivo surgiu do nosso interesse em comparar o grau de insatisfação dos estudantes, já que Machado *et al.* relatam que 80,4% dos médicos brasileiros acham sua escolha profissional desgastante, isto é, fortemente ligada a sofrimento psíquico⁶.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo transversal, consistindo na aplicação de um questionário padronizado com perguntas objetivas e de lista livre (Anexo) a estudantes de Medicina do Brasil e da Grã-Bretanha, em diferentes níveis da graduação. O questionário foi criado em português e submetido a diversos pilotos. Após as modificações iniciais, foi vertido para o inglês, mas não foi realizada retradução (*backtranslation*), nem estudo piloto na Grã-Bretanha, devido à pouca disponibilidade de tempo dos entrevistadores. Foi aplicado por estudantes de Medicina brasileiros da UFRGS, devidamente treinados, que durante um estágio extracurricular em *general practice* (GP) na Inglaterra realizaram as entrevistas. A população em estudo consistiu em estudantes ingleses do Royal Free Hospital School of Medicine (RFHSM) e Saint Mary's Hospital Medical School (SMHMS) que cursavam a fase pré-clínica (2º ano da graduação) e, também, a disciplina de GP (3º e 4º anos), no período de janeiro a fevereiro de 1997. No Brasil, esse questionário foi aplicado entre os estudantes do segundo (fase pré-clínica) e quarto anos (fase clínica) da UFRGS, no período de junho a julho de 1997 (Tabela 1). Foram aplicados, no total, 230 questionários – 110 na Grã-Bretanha e 120 no Brasil. Foram incluídos os alunos que estavam presentes às atividades no momento da aplicação do questionário. A amostra dos alunos da UFRGS representava pelo menos 80% dos alunos matriculados nos períodos citados, não se sabendo a proporção exata entre os alunos ingleses, devi-

do à falta de tempo para aplicação da pesquisa. Os dados foram analisados utilizando-se o programa Epi-info e Anthropac, por meio de estatística descritiva e métodos qualitativos. O pacote estatístico Anthropac foi utilizado para análise das listas livres, que têm como objetivo estudar um domínio cultural, por meio da contagem da frequência, do *ranking* e do índice de saliência de cada resposta. Este último é uma medida de quão importante é aquela resposta como domínio cultural para o grupo investigado, variando de acordo com a frequência e o *ranking*, com valor máximo de 1 e mínimo de $0^{9,10}$.

RESULTADOS

Ao se comparar a opinião sobre a qualidade de ensino na graduação entre estudantes do Brasil e Grã-Bretanha, não se verifica diferença estatística, já que 92% dos ingleses e 83% dos brasileiros a consideram boa. Entretanto, a análise das respostas da lista livre sobre aspectos bons e ruins do ensino é bastante distinta. No Reino Unido, os alunos acreditam que a organização do curso (saliência =

0,177), a ênfase na comunicação médico-paciente (saliência = 0,089) e na relevância clínica (experiência no atendimento junto ao paciente, saliência = 0,089) são os maiores responsáveis pela qualidade do ensino; já a falta de integração entre a parte básica e clínica do curso (saliência = 0,147) e a má qualidade de aulas teóricas (saliência = 0,138) têm responsabilidade maior perante as críticas negativas apontadas. Em nosso país, o contato precoce com o paciente (saliência = 0,203), a relevância clínica (saliência = 0,147), a qualidade do hospital universitário (saliência = 0,130) e o bom nível dos professores (saliência = 0,123) são os bons aspectos citados com maior frequência; por outro lado, as críticas negativas se devem, principalmente, ao curto tempo de internato (saliência = 0,167), detrimento da graduação em razão do currículo, isto é, envolvimento em atividades extracurriculares com o objetivo de formar um currículo pessoal competitivo, acarretando redução de tempo de estudo e ausência em atividades da graduação ("curriculite" - saliência = 0,087) e excessiva carga horária (saliência = 0,086).

TABELA 1
Distribuição dos estudantes quanto a sexo e idade

	Brasil	Grã-Bretanha
Sexo (masc.)	58%	38%
Média de idade (anos)	22	22

TABELA 2
Opinião dos alunos quanto à qualidade do ensino de especialidades com base hospitalar na graduação

	Não adequado	Adequado	Total
Brasil	54 (46%)	64 (54%)	118
Grã-Bretanha	22 (20%)	88 (80%)	110
Total	76	152	228

Qui-quadrado = 15,86 p < 0,0001

TABELA 3
Opinião dos alunos quanto à qualidade do ensino de MGC na graduação

	Adequado	Não adequado	Total
Brasil	36 (30%)	83 (70%)	118
Grã-Bretanha	65 (59%)	45 (41%)	110
Total	101	128	229

Qui-quadrado = 18,13 p < 0,0001

Diferenças estatisticamente relevantes foram encontradas na comparação das opiniões dos alunos quanto ao ensino de especialidades com ênfase hospitalar: foi considerado adequado por 80% e 54% dos estudantes da Grã-Bretanha e Brasil, respectivamente, e considerado exagerado pelos brasileiros (Tabela 2).

Na comparação das opiniões sobre o ensino de MGC, também se encontra diferença estatística, sendo adequado para 59% dos ingleses e para apenas 30% dos brasileiros (Tabela 3).

Quando perguntados sobre a possibilidade de fazerem MGC, 55% dos ingleses a manifestaram em comparação com 32% dos brasileiros com diferença estatisticamente significativa (Tabela 4). Na Grã-Bretanha, esta possibilidade maior se deve, de acordo com os resultados da lista livre, às seguintes características desta atividade médica: atendimento continuado (saliência = 0,167), maior facilidade em constituir uma família (saliência = 0,142), variedade dos casos (saliência = 0,136), trabalho mais flexível (saliência = 0,129) e "ser o próprio chefe" (*be own boss*, saliência = 0,127). Já no Brasil, a reduzida possibilidade de fazer MGC se deve aos baixos salários encontrados nesta especialidade (saliência = 0,355), à falta de valorização profissional (saliência = 0,214) e aos poucos recursos técnicos e humanos disponíveis para exercê-la (saliência = 0,055).

Comparando-se as respostas acerca da sensação de arrependimento na escolha de estudar Medicina, encontra-se grande semelhança, com 45% dos ingleses e 46% dos brasileiros manifestando-a alguma vez ao longo da graduação. Suas justificativas para este arrependimento, com base na análise de respostas da lista livre, são: o excesso de trabalho (saliência = 0,354), a proximidade das provas (0,195) e a incerteza da própria qualificação (0,098) na Grã-Bretanha; no Brasil, a dedicação exclusiva (0,222), a excessiva carga horária (0,176), o estresse (0,167) e a competitividade (0,088) são as justificativas mais citadas.

DISCUSSÃO

Este é um primeiro trabalho comparando o ensino médico na Grã-Bretanha e no Brasil com base nas opiniões dos alunos. Em

janeiro-fevereiro de 1997, um grupo de estudantes de Medicina brasileiros teve a oportunidade de conhecer o ensino de MGC na Grã-Bretanha, graças a um estágio extracurricular em diferentes faculdades britânicas. Antes da partida, o grupo idealizou este trabalho com a ajuda de um MGC brasileiro (AS) e de um professor de GP inglês (JR), a fim de documentar as diferenças e semelhanças que pensavam encontrar, com a ambição de enriquecer o debate acerca do ensino e prática de MGC no Brasil.

De acordo com suas expectativas, encontraram estudantes britânicos muito mais familiarizados com MGC, demonstrando maior desejo de seguir essa carreira médica. Provavelmente, tal fato se deve à tradição de médicos gerais comunitários trabalhando com sucesso no sistema de saúde, às condições da carreira profissional e à maior ênfase ao ensino de MGC durante a graduação na Grã-Bretanha¹¹. Já no Brasil, durante a graduação, dá-se ênfase excessiva às especialidades médicas, em detrimento do ensino ambulatorial generalista (MGC), considerado insuficiente pelos alunos brasileiros. Dos 83 estudantes brasileiros que não acham adequado o ensino de MGC, 92% o consideram insuficiente. Devido a isso, os estudantes brasileiros não têm possibilidade de observar os benefícios de um atendimento continuado, já que inexistente a oportunidade de acompanhamento dos pacientes ao longo da graduação. Portanto, conclui-se que um bom ensino de MGC na graduação favorece que um maior número de estudantes se interesse por essa especialidade^{6,8}.

Chamam atenção, pela forte conotação idealista, algumas afirmações isoladas de estudantes brasileiros sobre as razões de pretendem fazer MGC ("a sociedade precisa", saliência = 0,013 ou "possibilidade de transformação social", saliência = 0,020), enquanto na Grã-Bretanha esta escolha parece basear-se em aspectos mais pragmáticos (*work more flexible* / carreira mais flexível, saliência = 0,129, *continuity of care* / continuidade do atendimento, saliência = 0,167 ou *have a family* / formar uma família, saliência = 0,142). Da mesma forma, quando perguntados sobre por que não fariam MGC, alguns estudantes brasileiros parecem ver o assunto com preconceito, além de desconhecê-lo ("não gosto do PT", saliência = 0,007, "não gosto

TABELA 4
Possibilidade de os alunos fazerem MGC como especialidade médica

	Não	Sim	Total
Brasil	75 (68%)	35 (32%)	110
Grã-Bretanha	37 (45%)	46 (55%)	83
Total	112	81	193

Qui-quadrado = 9,87 p < 0,01

deste tipo de paciente", *saliência* = 0,013), enquanto outros, assim como os ingleses, demonstram uma posição mais esclarecida ("baixos salários", *saliência* = 0,355, *not challenge* / sem desafios, *saliência* = 0,090, *too much paperwork* / muita burocracia, *saliência* = 0,142). Esta última afirmação, sobre o excesso de burocracia na rotina do *general practitioner*, refere-se ao tempo diário, de aproximadamente duas horas, gasto no preenchimento de encaminhamentos, relatórios e no gerenciamento de suas clínicas. Estas afirmações representam posições isoladas, mas importantes, de posicionamentos existentes entre os estudantes de Medicina. Representam, desse modo, domínios culturais que poderiam ser mais bem explorados por meio de pesquisa qualitativa de base antropológica. Entretanto, a fim de generalizar suas opiniões, faz-se necessária uma abordagem coletiva, neste estudo a análise de *saliência*.

Uma diferença importante observada na análise das opiniões sobre as características do currículo médico entre os dois países foi o envolvimento exagerado de estudantes brasileiros em tarefas extracurriculares (estágios, monitorias, trabalhos científicos), que, na opinião dos mesmos, prejudica seu aproveitamento na graduação, além de reduzir o tempo livre disponível para atividades pessoais. Classificam este envolvimento como "curriculite", isto é, necessidade de formar um bom (e volumoso) currículo para ter mais competitividade na disputa por vagas de residentes. Na Grã-Bretanha, os estudantes afastam-se por um ano das atividades da graduação para se dedicarem (opcionalmente) ao estudo da área de maior interesse na forma de iniciação à pesquisa e/ou estágios. Naquele país, a entrada no mercado de trabalho é mais facilitada, pois há controle do número de egressos das faculdades de Medicina. Mas, mesmo que por motivos diversos, a ocorrência de arrependimento entre os estudantes não foi estatisticamente diferente (cerca de 45%), possibilitando inferir um grau semelhante de satisfação com a escolha profissional. No entanto, parece-nos que este grau de satisfação, no Brasil, irá se reduzir quando o estudante, já médico, se defrontar com as difíceis condições de trabalho, já que 89% dos médicos em início de carreira consideram sua profissão desgastante⁶.

Podemos citar como algumas limitações do estudo a ausência de *backtranslation* do questionário, a falta de estudo piloto na Grã-Bretanha, questões amostrais entre os alunos ingleses e a necessidade de uma análise mais aprofundada das respostas encontradas nas listas livres. Entretanto, dado o objetivo do estudo, acreditamos que estes fatores limitantes não diminuem sua importância em abordar um assunto muito pertinente e ainda pouco explorado em nosso meio: o ensino de Medicina Geral Comunitária.

Este estudo, ao comparar as opiniões de estudantes sobre o ensino médico na Grã-Bretanha e Brasil, não visa à importação de um modelo já existente, mas, sim, a aumentar nosso embasamento teórico acerca de uma discussão extremamente importante: a discussão sobre o futuro do ensino médico no país, seus acertos, seus enganos e possíveis transformações, com o objetivo de aproximar a formação dos profissionais das reais necessidades de nossa população, em nível tanto tecnológico-científico, como humano-assistencial.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a colaboração dos acadêmicos de Medicina Aline Scherer e Frederico Krahe na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CLINICAL Method: A General Practice Approach. Fraser RC. 2nd ed. London: Butterworth-Heinemann, 1992.
2. O GUIA da Medicina: da formação acadêmica à prática profissional. Repetto E. Porto Alegre: ArtMed, 1998.
3. MEDICINA Ambulatorial: Conduas Clínicas em Atenção Primária. Duncam BB, Schmidt MI, Giugliane ERJ. 2ª ed, Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996.
4. ACTION in International Medicine Newsletter - London Declaration. AIM/WHO Conference on Health and Poverty.
5. STEIN, A. Uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência [Tese de Doutorado - Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica da UFRGS].
6. MACHADO, M. H. *et al.* Perfil dos médicos no Brasil. Relatório final. 28 v. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD, 1996. (Coleção Médicos em Números).
7. NIEMAN, L. Z.; HOLBERT, D.; BREMER, C. C.; NIEMAN, L. J. Specialty career decision making of third-year medical student. *Fam. Med.* 21(1989):359-363.
8. STINE, C. C.; SHEETS, K. J.; CALONGE, B. N. Association between Clinical Experiences in Family Practice or in Primary Care and the Percentage of Graduates Entering Family Practice Residencies. *Acad. Med.* 67(1992):475-477.
9. BERNARD, H. R. *Research Methods in Anthropology: qualitative and quantitative approaches* > Thousand Oaks (CA): SAGE. 2nd ed., 1994.

10. BORGATTI, S. P. *Anthropac 4.0*. Columbia: Analytic technologies, 1992.
11. HART, J. T. *A Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde Britânico: O Desenvolvimento Passado e a Crise Atual*. *Saúde em Debate* (Out,1988):63-65.

Endereço para correspondência

Erno Harzheim

Rua Rodonel Guatimozim, 143 - Ipanema

91760-680 - Porto Alegre - RS

E-mail:harzheim@cpovo.net

ANEXO

ESTUDO COMPARATIVO DAS OPINIÕES DOS ALUNOS INGLESES E BRASILEIROS SOBRE O CURRÍCULO MÉDICO

Nós somos estudantes de Medicina da UFRGS. Estamos interessados em comparar as diferentes visões entre os estudantes da Grã-Bretanha e nosso país. Ficaremos gratos se você puder gastar alguns momentos para responder as questões abaixo. Suas respostas permanecerão confidenciais e serão agrupadas para compará-las com um grupo similar de estudantes ingleses.

Parte 1: Sobre você

- 1.1 Você é? (por favor identifique) Masculino Feminino
 1.2 Quantos anos você tem?anos
 1.3 Qual o nome da sua faculdade de Medicina?

1.4 Em que ano da graduação você está? (por favor, circule um, sem contar os anos intercalados ou repetidos)
 1 2 3 4 5 6

Parte 2: Sobre seu ensino médico

2.1 Em geral, como você classificaria a qualidade do ensino na sua escola de Medicina?
 (por favor, circule uma resposta)

Muito fraco Fraco Adequado Bom Muito bom
 1 2 3 4 5

2.2 Na sua escola de Medicina, a ênfase dada ao ensino de Medicina Geral Comunitária é?
 Insuficiente Adequado Exagerado
 1 2 3

2.3 Na sua escola de Medicina, a ênfase dada ao ensino de especialidades médicas (com base hospitalar) é?
 Insuficiente Adequado Exagerado
 1 2 3

2.4 Na sua escola de Medicina, a ênfase dada ao ensino da habilidade de comunicação entre médico-paciente é?
 Insuficiente Adequado Exagerado
 1 2 3

2.5 Quais são os bons aspectos sobre o currículo da sua escola de Medicina?

2.6 Quais são os maus aspectos sobre o currículo de sua escola de Medicina?

Parte 3: Sobre seus planos profissionais

3.1 Você se arrepende de ter escolhido estudar Medicina? (por favor, circule uma resposta)
 Nunca Às vezes Frequentemente Sempre
 1 2 3 4

Comentários sobre 3.1:

3.2 Você escolheria Medicina Geral Comunitária como área de atuação profissional?
 Sim Não

3.3 Por quê?

Muito obrigado por responder este questionário.

Se você desejar receber um resumo de nossos resultados ao longo do ano, por favor, escreva seu nome e endereço abaixo.

.....
