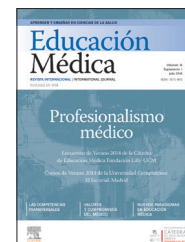




Educación Médica

www.elsevier.es/edumed



A identificação precoce do profissionalismo em estudantes de medicina: uma oportunidade ou uma impossibilidade?

Manuel João Costa

Professor Associado, Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, Braga, Portugal

PALAVRAS-CHAVE

Profissionalismo
Estudantes de
medicina
Seleccção
Competencias
clínicas/standards

Resumo Este texto alerta para a importância das escolas médicas em assegurar a formação de médicos genuinamente empenhados em agir com profissionalismo. Partindo de evidências que demonstram que estudantes de medicina com comportamentos desadequados recorrentes incidem em problemas de profissionalismo na sua vida profissional futura, identificam-se algumas características de estudantes que vêm a repercutir-se posteriormente em problemas de profissionalismo na sua vida activa. Adicionalmente, é discutida a possibilidade de o profissionalismo ser um elemento a ter em conta na selecção de estudantes de medicina e apresenta-se o método das mini-entrevistas múltiplas, usado na selecção de estudantes em vários países, que pode ser útil para discriminar positivamente qualidades importantes relacionadas com profissionalismo, em candidatos a cursos de medicina. Por fim argumenta-se que a identificação precoce de traços de profissionalismo em estudantes não é uma impossibilidade, cabendo a cada instituição adoptar as estratégias necessárias para o fazer, em benefício dos pacientes que poderão beneficiar de maior profissionalismo nos cuidados médicos.

© 2015 Elsevier Espanha, S.L.U. Este artigo é de acesso livre distribuído debaixo dos termos da Licença Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Professionalism
Medical students
Selection
Clinical Competence/
standards

The early identification of professionalism in medical students: an opportunity or an impossibility?

Abstract This text highlights the importance of medical schools in training doctors genuinely committed to act with professionalism. Building on evidence showing that medical students with recurrent inappropriate behavior face professionalism issues in their future professional life, the study identifies some characteristics of students who come to later pass it on professionalism problems in their working life. Additionally, the paper explores the possibility that professionalism is an element taken into account in the selection of medical students and presents the method of the multiple mini entrevistas used in selecting students in several countries, to illustrate that it is possible to discriminate positively important qualities related to professionalism in medical school applicants. Finally it is argued that early identification of professionalism traits in students is possible, with each institution adopting the strategies needed to do for the benefit of patients that could benefit from greater professionalism in health care.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Se é verdade que o erro está presente em toda a atividade humana, a admissibilidade do erro médico tem limites muito estreitos. Não obstante, há erros na prática médica perfeitamente escusados. Entre estes podem citar-se, por exemplo, o esquecimento de objetos cirúrgicos — agulhas, esponjas ou instrumentos — em cirurgias de cavidade aberta, com uma incidência reportada para o Reino Unido de 1 em 5500 a 1 em 18760 cirurgias¹. Trata-se de um erro relevante pois é uma causa de morbidade e mortalidade cirúrgica. É também um tipo de erro evitável pela diligência humana. Um profissionalismo irrepreensível dos profissionais de saúde, que assegurasse uma contagem sistemática destes objetos, preveniria 100% das situações.

Perante uma agenda de educação médica que considera prioritário o cuidar e proteger o paciente², aumenta a responsabilidade das instituições saúde e das instituições que formam médicos de escrutinar atentamente o profissionalismo dos médicos. Em 2012, Ronald Epstein definia competência profissional como o *uso habitual e criterioso de comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade que está sendo servida*³. Ser profissional ou denotar profissionalismo é uma característica de autenticidade, intrínseca, um valor associado ao indivíduo. A fábula de Esopo “O escorpião e o sapo” ilustra bem o que é estar na natureza de um indivíduo. Um escorpião pede a um sapo para o levar ao longo de um rio. O sapo está com medo de ser picado durante a viagem, mas o escorpião argumenta que se picasse o sapo, afogar-se-iam ambos. O sapo concorda e inicia a travessia com o escorpião, mas a meio caminho, o escorpião não resiste e pica o sapo, condenando ambos os animais. Ao sentir que vai morrer, o sapo pergunta ao escorpião porque o fez, o escorpião responde que essa é a sua natureza. Assim deve ser o profissionalismo na profissão médica: permanente e inevitável na prestação dos melhores cuidados ao paciente.

O que está ao alcance das escolas médicas?

Sendo o profissionalismo uma característica genuína, cabe às escolas médicas criar condições para que esta se desenvolva no maior número de graduados. Uma forma óbvia é o investimento em programas formativos sobre profissionalismo ou a sua integração como componente transversal nos currículos⁴. Tendo em conta o papel essencial da avaliação na aprendizagem, o desenvolvimento de metodologias de avaliação especificamente desenhadas para competências relacionadas com profissionalismo é também de salutar (revisto em [5]). Igualmente importante é a existência de mecanismos fiáveis que identifiquem estudantes com grande probabilidade de serem menos profissionais na vida ativa. As escolas médicas deveriam dotar-se das ferramentas necessárias para identificar os estudantes que não evidenciem estar comprometidos com uma postura irrepreensível e definir estratégias adequadas para lidar com os estudantes identificados. Uma solução alternativa, seria a aplicação de processos de

selecção de estudantes direccionados para discriminar positivamente aqueles que evidenciassem melhores características não cognitivas.

A descrição de um método ou de um sistema fiável para identificar estudantes com grande probabilidade de vir a demonstrar comportamentos de menor profissionalismo, está ainda por fazer. Porém, o conhecimento disponível na literatura de investigação em educação médica alerta para as características dos estudantes que estão associadas a uma maior probabilidade a falhas de profissionalismo na vida ativa.

Um estudo “caso-controlo” desenvolvido nos Estados Unidos da América e publicado em 2005 no *New England Journal of Medicine*⁶, investigou a associação entre ser um médico alvo de um processo disciplinar (“Disciplinary Action by Medical Boards”) e a existência de registos de comportamentos menos adequados durante a escola médica. Também examinou os tipos específicos de comportamento na escola médica que determinavam com maior probabilidade a aplicação dum processo profissional. O estudo incluiu 235 médicos alvo de processos disciplinares, formados em três escolas entre 1990 e 2003 (os “casos”). Paralelamente, foram selecionados 469 médicos “controlo” emparelhados com os primeiros em função da escola de medicina e ano da graduação. As variáveis preditivas analisadas foram a presença ou ausência de registos descritivos de comportamento pouco profissional, classificações académicas, resultados em testes standardizados e características sociodemográficas. Ser alvo de um processo disciplinar estava fortemente associado a registos de comportamento pouco profissional prévio no curso de medicina como por exemplo irresponsabilidade grave e capacidade muito diminuída para o autoaperfeiçoamento. Também foram encontradas associações com classificações baixas no teste de admissão “MCAT” e nos dois primeiros anos de faculdade de medicina, mas a associação com essas variáveis foi menos forte do que com o comportamento pouco profissional. Variáveis similares vieram a ser identificadas num estudo no Reino Unido, publicado em 2010 no *British Medical Journal*. No seu conjunto, os dois estudos produziram como evidências nos dois países que a ausência de profissionalismo de estudantes de medicina tem uma probabilidade considerável de se traduzir em questões da mesma natureza na sua vida ativa. Mas será possível haver um método sistemático de identificar estes alunos?

Um conjunto de trabalhos desenvolvidos no Reino Unido propôs como solução o “índice de conscienciosidade” (CI)⁷. Os autores descrevem uma ferramenta de medição que depende de indicadores objetivos, mas que, curiosamente, se correlacionou claramente com avaliações subjetivas dos indivíduos sobre o que constitui um comportamento profissional. O CI é uma pontuação baseada num conjunto de medidas objetivas, incluindo a assiduidade em atividades letivas ou a submissão atempada de informações solicitadas pela escola. As pontuações mais baixas no CI coincidiram com (1) pontos de vista pessoal do comportamento profissional dos estudantes e (2) relatórios de incidentes críticos, registados na instituição. Estes registos individuais, sendo objetivos e fáceis de coletar, podem transformar-se num método simples para sinalizar o profissionalismo dos alunos de medicina.

A oportunidade de novos modelos de seleção de estudantes de medicina

O exercício responsável da profissão médica é particularmente sensível à aplicação de competências não cognitivas — como a empatia, as da comunicação ou de trabalho em equipa — que se consideram essenciais para os médicos e demais cidadãos do século XXI⁸. Essas competências facultarão aos médicos o acompanhamento dos imprevisíveis progressos tecnológicos na saúde, a integração eficaz em equipas multiprofissionais, ou a confiança para perseverar perante adversidades profissionais inesperadas. As competências técnicas, raciocínio clínico, valores e a capacidade de reflexão sobre a prática diária são igualmente importantes. Selecionar candidatos aos cursos de Medicina com base nas melhores qualidades em todas as dimensões da profissão médica é importante para as Escolas Médicas, para os potenciais candidatos mas também para a sociedade em geral, que usufruirá dos cuidados destes profissionais.

As metodologias de seleção de estudantes de medicina mais generalizadas baseiam-se em classificações académicas obtidas no ciclo de ensino precedente e em exames escritos nacionais em áreas disciplinares específicas do conhecimento. Assim, tendo em conta que os desempenhos académicos dos candidatos melhor colocados nos concursos de medicina são em regra muito similares, a aplicação de provas de admissão que discriminem positivamente os candidatos mais competentes noutras dimensões poderá seleccionar os que reúnam a priori um perfil mais adequado às exigências futuras da profissão médica. Consequentemente, alguns países e algumas escolas médicas têm implementado processos de seleção baseados em avaliações de aspetos complementares dos candidatos — cartas de motivação, cartas de referência ou entrevistas de admissão. Entre estes, o método das Minientrevistas Múltiplas é particularmente promissor para observar características não cognitivas dos candidatos, com um grau adequado de fiabilidade.

O método das Minientrevistas Múltiplas (MEM) foi desenvolvido na escola canadiana de McMaster para a seleção de estudantes e foi publicado em 2004 na principal revista internacional de educação médica⁹. As MEM são um método de seleção cada vez mais comum em vários países, não apenas em medicina mas também noutros cursos relacionados com ciências da saúde, incluindo odontologia, farmácia e enfermagem¹⁰.

As MEM substituem com vantagens as tradicionais entrevistas individuais de seleção para admissão às escolas médicas. Consistem numa sequência de curtas observações independentes dos candidatos, normalmente concentradas em “estações” de um circuito, em que cada candidato é confrontado com uma situação estandardizada e classificado segundo a sua prestação na mesma⁹.

A prova funciona nos moldes seguintes. Os candidatos admitidos à realização da prova de MEM são acolhidos numa sala de “check-in”. É registada a sua presença, são fotografados e assistem a uma apresentação introdutória sobre objetivos, funcionamento, avaliação e regras da prova. Nos 5 minutos que precedem o início de cada circuito, cada candidato é colocado na estação em que iniciará a sua prova. Antes de aceder a cada estação, o candidato encontra a pergunta ou o cenário afixado num local bem visível tendo 2 minutos para leitura e reflexão, findos os quais um sinal

sonoro dá permissão para a entrada na estação. Cada candidato dispõe de 8 minutos para completar a estação. No final da prova os candidatos são reencaaminhados novamente para a sala de “check-in”, sendo-lhes solicitado o preenchimento do questionário para avaliar a aceitabilidade da prova.

Os cenários são concebidos pelos elementos do Júri do concurso designados para o efeito. Em cada estação, está presente um avaliador que pode desempenhar funções de entrevistador/ou de observador do candidato. Existem estações onde estão presentes indivíduos treinados para desempenhar papéis relevantes nos cenários respectivos — por exemplo, numa estação destinada a colocar a capacidade do candidato de transmitir uma má notícia, estará presente um indivíduo para recebê-la e para simular as consequências da mesma. Os avaliadores são recrutados entre o corpo docente da instituição e são ainda convidados elementos externos com expertise em competências específicas — por exemplo peritos na comunicação médica/doente. No dia da prova, realiza-se uma reunião com as equipas de avaliação de cada circuito — constituídas por 10 avaliadores (um por estação). Seguidamente, é revisto o plano para o dia de prova, distribuem-se e discutem-se as orientações para os avaliadores e esclarecidas as questões subsistentes. Finalmente, visualizam-se as fotografias dos candidatos para assegurar que os avaliadores se encontram em condições de avaliar os candidatos em igualdade de circunstâncias.

No que respeita à avaliação, em cada estação o avaliador atribui uma classificação numa escala de 0-10 valores a cada candidato respondendo à seguinte instrução: “Por favor avalie o desempenho global do candidato na estação, relativamente a todos os participantes que avalia hoje. Se pretender, poderá ajustar a sua avaliação antes de a entregar na sessão final de discussão. A escala de avaliação varia ligeiramente de escola para escola, na Universidade do Minho está compreendida entre 1 e 10, subdividindo-se em: inadequado (1, 2), insatisfatório (3, 4), satisfaz (5, 6), acima da média (7, 8) e muito bom (9, 10). É solicitado aos avaliadores que considerem os seguintes parâmetros:

- Capacidade de comunicar manifestada pelo candidato.
- Poder e adequação da argumentação empregue pelo candidato.
- A sua impressão de que o candidato será um bom médico.”

No final de cada circuito tem lugar uma reunião entre os avaliadores, em que é partilhada a impressão sobre cada candidato. Neste momento, é permitido ao avaliador alterar as classificações. Cada avaliador regista e rubrica um formulário de avaliação por candidato que entrega à coordenação da prova. A classificação de cada candidato corresponde à média aritmética (arredondada às décimas) das classificações obtidas em todas as estações.

No contexto de seleção de candidatos a cursos de medicina, a metodologia MEM dá resposta a dois desafios reconhecidos: 1) a necessidade de distinguir os candidatos relativamente a competências de natureza não cognitiva — tais como profissionalismo, posicionamento perante questões éticas, capacidade de comunicar e de trabalhar em equipa — convocadas na prática médica; 2) a deficiente reprodutibilidade e a ausência de poder preditivo sobre os desempenhos dos candidatos admitidos dos formatos

tradicionais de entrevista de admissão a escolas médicas. São vários os estudos que documentam a validade das MEM: as classificações são reprodutíveis e a variabilidade de classificações entre estações do mesmo candidato é maior do que a variação dos diferentes candidatos na mesma estação^{9,10}; os desempenhos na MEM têm poder preditivo sobre o desempenho em exames observacionais de competências clínicas realizados ao nível do curso ou em provas de certificação nacionais^{9,11}; as correlações entre os resultados das estações distintas são baixas e a análise factorial também sugere que em cada estação são avaliadas competências diferentes. Os resultados não são sensíveis a parâmetros sociodemográficos dos candidatos e recolhem percepções favoráveis dos mesmos. Por último, é interessante referir que as MEM resistem a violações de segurança: um artigo conclui que candidatos que conheciam o conteúdo das MEM com 2 semanas de antecedência, não conseguiram melhores desempenhos doutros candidatos que não possuíam essa informação¹².

Conclusão

Este texto alertou para a importância de formar médicos genuinamente empenhados em agir com profissionalismo, identificou algumas características de estudantes que vêm a repercutir-se em problemas de profissionalismo na sua vida ativa e, por fim, apresentou o método das mini-entrevistas múltiplas, usado na selecção de estudantes em vários países, que pode ser útil para discriminar positivamente qualidades importantes relacionadas com profissionalismo, em candidatos a cursos de medicina. O conhecimento existente fornece elementos suficientes para que cada instituição possa melhorar o ensino e a avaliação do profissionalismo nos seus estudantes e ainda sobre como identificar os estudantes com as maiores probabilidades de necessitar de estratégias personalizadas de desenvolvimento nesta matéria. Não sendo essa identificação uma impossibilidade, cabe a

cada instituição adoptar as estratégias necessárias para o fazer, em benefício dos pacientes que poderão beneficiar de maior profissionalismo nos cuidados médicos.

Referências

1. Hariharan D, Lobo DN. Retained surgical sponges, needles and instruments. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013;95:87-92.
2. Nie Y, Li L, Duan Y, Chen P, Barraclough BH, Zhang M, et al. Patient safety education for undergraduate medical students: a systematic review. *BMC Med Educ.* 2011;11:33.
3. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA.* 2002;287:226-35.
4. O'Sullivan H, van Mook W, Fewtrell R, Wass V. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. *Med Teach.* 2012;34:e64-77.
5. Goldie J. Assessment of professionalism: a consolidation of current thinking. *Med Teach.* 2013;35:e952-6.
6. Papadakis MA, Teherani A, Banach MA, Knetter TR, Rattner SL, Stern DT, et al. Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. *N Engl J Med.* 2005;353:2673-82.
7. McLachlan JC, Finn G, Macnaughton J. The conscientiousness index: a novel tool to explore students' professionalism. *Acad Med.* 2009;84:559-65.
8. Kelly M, O'Flynn S, McLachlan J, Sawdon MA. The clinical conscientiousness index: a valid tool for exploring professionalism in the clinical undergraduate setting. *Acad Med.* 2012;87:1218-24.
9. Eva KW, Rosenfeld J, Reiter HI, Norman GR. An admissions OSCE: the multiple mini-interview. *Med Educ.* 2004;38:314-26.
10. Sebok SS, Luu K, Klinger DA. Psychometric properties of the multiple mini-interview used for medical admissions: findings from generalizability and Rasch analyses. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2014;19:71-84.
11. Eva KW, Reiter HI, Trinh K, Wasi P, Rosenfeld J, Norman GR. Predictive validity of the multiple mini-interview for selecting medical trainees. *Med Educ.* 2009;43:767-75.
12. Reiter HI, Eva KW, Rosenfeld J, Norman GR. Multiple mini-interviews predict clerkship and licensing examination performance. *Med Educ.* 2007;41:378-84.