

MOTIVAÇÃO PROFISSIONAL E APOIO FORNECIDO NO ESTÁGIO

Estudo longitudinal de uma Coorte de Médicos do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar

Dina GASPAR, Saul Neves de JESUS, José Pestana CRUZ

RESUMO

Introdução: Tendo como propósito último desenvolver uma cultura de excelência profissional, actualmente o Internato Médico de Medicina Geral e Familiar pretende corresponder aos princípios da abordagem de educação de adultos, sendo a motivação para o exercício profissional uma condição essencial.

Objectivos: (1) Analisar a variação da motivação profissional dos médicos ao longo do Internato de Medicina Geral e Familiar; (2) Caracterizar a percepção dos médicos sobre o apoio recebido durante o estágio, ao longo do Internato; (3) Analisar a variação da percepção dos médicos acerca do apoio fornecido pelo Orientador de formação, ao longo do Internato.

Métodos: Estudo observacional, quantitativo e longitudinal (2005 - 2008), dos médicos que participaram num inquérito sobre motivação profissional, no início do Internato de Medicina Geral e Familiar, em 2005 (N = 109), em Portugal continental, submetidos a uma avaliação em três momentos (n = 69). Inquérito por questionário (57 itens de resposta tipo Likert). Variáveis – *Projecto profissional, empenhamento profissional, motivação inicial, motivação intrínseca, expectativas de eficácia, expectativas de controlo de resultados, assertividade e apoio fornecido no estágio*. Estatística descritiva e análise multivariada (ANOVA para medidas repetidas), para estudo da variabilidade das dimensões analisadas ($\alpha = 0,05$).

Resultados: Sendo profissionais motivados para a prática de Medicina Geral e Familiar (taxa de resposta = 47,8%), a variabilidade da motivação profissional ao longo do Internato apresenta-se discretamente positiva, no final do estudo, embora sem significado estatístico. Os médicos desta coorte responderam atribuindo níveis médios relativamente elevados em quase todos os itens da dimensão *apoio fornecido no estágio*, e no final do estudo, a sua variação revelou uma evolução positiva.

Conclusões: Este estudo produz resultados sobre fenómenos importantes sobre os quais a informação era inexistente em Portugal. Fornece evidência substancial sobre a evolução dos níveis de motivação profissional nesta coorte de médicos e sobre a percepção que têm acerca das estratégias utilizadas pelo Orientador de formação. A estruturação do programa de Internato poderá contemplar estratégias individuais de intervenção orientadas para o reforço da motivação profissional dos médicos internos de Medicina Geral e Familiar, com benefícios para o seu percurso profissional ao longo do Internato.

D.G.: Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina. Universidade do Algarve. Algarve

S.N.J., J.P.C.: Departamento de Psicologia: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. Faro, Portugal

SUMMARY

MOTIVATION AND SUPPORT PROVIDED ON TRAINING
A longitudinal Study of a Cohort of Family Medicine Residents

Background: Having as main goal the development of a culture of professional excellence, the Family Medicine residency currently intends to correspond to the principles of adult learning approach, in which motivation for practicing is essential.

Objectives: (1) To analyze the variability of Family Medicine residents professional motivation, throughout the residency training; (2) To characterize Family Medicine residents perception about the support provided on training, during the residency; (3) To analyze the variability of Family Medicine residents perception about the support provided by the supervisor, throughout the residency.

Method: Observational, quantitative and longitudinal study (2005-2008) of Family Medicine residents who participated in a survey on professional motivation. At the beginning of the residency in 2005 (N = 109) in Portugal, they were submitted to three assessment moments (n = 69) by a postal survey using a questionnaire with 57 Likert scale items, representing motivational variables – professional project, professional commitment, initial motivation, intrinsic motivation, self-efficacy expectations, self-control expectations, assertiveness and perception of the support provided on training program. Descriptive statistics and analytic tests (ANOVA - GLM repeated measures) were used to study the variability of the cognitive dimensions ($\alpha = 0,05$).

Results: Although motivated to Family Medicine practice (response rate = 47.8%, at the study entry), the physicians professional motivation variability along the residency has presented slightly positive, at the end of the study, but not statistically significant. The physicians of our cohort responded by assigning a relatively high average levels in almost all items of the scale support provided on training during the residency, and its variation showed a positive trend, at the end of the study.

Conclusions: This study produced results of an important phenomenon on which there is no published information in Portugal. It provides substantial evidence on the progression of professional motivation of this physicians' cohort and on their perception about strategies used by the supervisor. The structuring of residency program may include individual strategies aimed to increase the Family Medicine residents' motivation, with benefits for their performance.

INTRODUÇÃO

O ressurgimento da Medicina Geral e Familiar (MGF), no final do século 19, como uma nova área de saber ou especialidade, constituiu um fenómeno, actualmente consolidado a nível internacional, na tentativa de corresponder às exigências da prestação de cuidados de saúde decorrentes da evolução social.¹ Como especialidade recente na história da medicina em Portugal, a MGF constitui actualmente uma disciplina académica e científica, com conteúdos próprios, considerada essencial ao sistema de saúde português.

A sua especialização, o Internato Médico de Medicina Geral e Familiar (IMMGF), como formação profissional, teórica e prática, tem como objectivo habilitar o médico ao exercício autónomo e tecnicamente diferenciado como especialista de MGF, num Centro de Saúde². Institucionalizado em Portugal desde 1981³, a estrutura do seu programa, inicialmente incipiente e baseado em estágios hospitalares, tem vindo a evoluir gradualmente com maior componente de estágios em cuidados primários, mimetizando o exercício profissional futuro⁴⁻⁹, e com maior duração do tempo total dos seus estágios¹⁰. Este Internato

tem o apoio e acompanhamento de um órgão coordenador em cada zona, Norte, Centro e Sul do país, único para as especialidades de MGF, Saúde Pública e Medicina Legal², que tem sido responsável pela concepção, organização e planeamento do processo formativo, para além do contributo para a disponibilização do mapa de vagas em MGF. Compete ainda às Coordenações a monitorização das condições de exercício dos estágios práticos, e implementação das actividades previstas para a formação teórica, quer dos internos quer dos Orientadores de formação.

Em 2002 identificavam-se alguns constrangimentos para o IMMGF¹¹ que foram alvo de atenção do Conselho Nacional do Internato Médico, da Ordem dos Médicos e das respectivas Coordenações de Internato. Houve um esforço acrescido no sentido de garantir a aprovação e publicação de um programa de formação único a nível nacional, garantir uma coordenação nacional efectiva, assegurar os processos de avaliação a todos os níveis nas três regiões do país, promover o aumento da capacidade formativa, adoptar novas metodologias de ensino e aprendizagem e desenvolver estratégias no sentido de uma cultura científica propícia à formação dos internos nos Centros de Saúde.

Ultrapassados esses constrangimentos, após a publicação dos seus diplomas^{2,10,12} com a intervenção fundamental da Ordem dos Médicos, o IMMGE, actualmente com a duração de quatro anos, tem sido apontado como um dos mais bem estruturados em Portugal.

Com uma grande componente prática de estágios em contexto real de trabalho, este Internato decorre sob supervisão clínica dos Orientadores de formação² que têm a seu cargo a tutoria ou orientação directa e permanente da formação dos médicos internos de MGF. No âmbito de funções cumulativas com a carga de trabalho assistencial, cabe aos Orientadores de formação, como interlocutores privilegiados, conduzir o processo formativo dos internos, num ambiente que oferece uma grande riqueza de oportunidades para o tipo de aprendizagem prática requerida. Os seus atributos e competências pedagógicas¹³ devem ser mobilizados ao longo do processo formativo, nos diversos cenários de aprendizagem. Seleccionados de acordo com as recomendações de consensos a nível internacional¹⁴⁻¹⁵ ficam por ultrapassar alguns constrangimentos identificados para os Orientadores¹¹ nomeadamente a revisão do seu estatuto e o aperfeiçoamento da sua formação educacional.

O Orientador é considerado a figura central num sistema de formação em estágio, baseado em observação e execução de procedimentos, em situação real de trabalho. O Orientador de formação no IMMGE, sendo um interlocutor privilegiado, deve apoiar o interno, ajudando-o a executar as diferentes actividades e tarefas na consulta, com níveis crescentes de dificuldade e conseqüente autonomia^{4,13}. Muito para além de um exercício de tutoria, com uma componente técnica e comportamental, ser Orientador pode revelar-se um trabalho dignificante, que requer uma atitude auto-reflexiva e uma grande capacidade de ver o seu trabalho questionado, numa perspectiva de aprender a aprender. Múltiplos factores podem condicionar a relação entre interno e Orientador. A motivação é um dos factores mais relevantes nesta relação, com impacto quer na formação do jovem médico quer na actividade do Orientador¹⁶.

Sendo a motivação uma condição essencial em qualquer área de formação profissional, e com base em resultados de investigações anteriores, apontando para níveis elevados de motivação profissional dos médicos internos de MGF¹⁷, interrogamo-nos acerca do modo como a mesma evolui ao longo do tempo de duração do Internato. Estarão estes médicos realmente motivados para o exercício desta especialidade? Ou será que, escolhendo MGF eventualmente como uma alternativa, acabarão por revelar-se desmotivados e pouco empenhados durante a sua formação ao longo do tempo de IMMGE? Ou terão optado por uma especialidade que supostamente não lhes interessaria, mas que acabará por lhes proporcionar motivação, influenciando a sua postura e o desempenho?

Qual a percepção que estes médicos têm acerca da intervenção do Orientador de formação e das estratégias usadas no apoio que lhes foi fornecido durante o estágio?

No sentido de complementar e consolidar a informação anteriormente divulgada, identificámos os seguintes objectivos de investigação:

- Analisar a variação da motivação profissional dos médicos ao longo do IMMGE;
- Caracterizar a percepção dos médicos sobre o apoio fornecido durante o estágio pelo Orientador de formação, no IMMGE;
- Analisar a variação da percepção dos médicos acerca do apoio fornecido no estágio pelo Orientador de formação, ao longo do tempo de Internato.

MATERIAL E MÉTODOS

A partir de uma investigação quantitativa (estudo transversal), divulgada anteriormente¹⁷ estudando a motivação profissional no IMMGE, desenhámos um estudo longitudinal (descritivo e analítico), para acompanhar uma coorte de médicos, ao longo do tempo de Internato. Com carácter exploratório, a presente análise, utilizando dados do estudo transversal, teve como finalidade a análise multidimensional da variabilidade da motivação ao longo do Internato, em três momentos (2005, 2006, 2008) - no início (Ano 1), ao fim de um ano (Ano 2) e no final do Internato (Ano 3). Dirigido a toda a população de médicos que iniciaram este Internato durante o ano 2005 (N = 225), em Portugal continental¹⁷, da população participante (n₁ = 109) no primeiro momento (estudo transversal), foram englobados nesta coorte os médicos que responderam a um inquérito, nos três momentos de avaliação (n₃ = 69). Definiu-se como critério de exclusão, a existência de questionários incompletos ou incorrectamente preenchidos, em todas as suas dimensões. A identificação de um grupo de controlo (coorte de não expostos), não foi considerada, nesta população.

Através de um inquérito (via postal), utilizámos um questionário multidimensional, aplicado integralmente com a mesma metodologia nos três momentos de avaliação. A motivação profissional foi analisada através de um instrumento de recolha de dados, adaptado e validado para esta população¹⁸. Composto por 57 itens de resposta tipo *Likert*, compreendia o seguinte conjunto de dimensões ou sub-escalas:

- Projecto profissional, representando a orientação motivacional do sujeito para a especialidade, como indicador do desejo de permanecer nesta área ou de mudar para outra área profissional;
- Empenhamento profissional, analisado através de um conjunto de comportamentos que determinam a dedicação do médico no desempenho das suas tarefas na consulta

de MGF;

- Motivação Intrínseca, referindo-se à persistência do sujeito em realizar determinadas actividades, apenas pela satisfação que estas lhe proporcionam;
- Expectativas de eficácia, correspondendo ao grau em que o sujeito espera ser capaz de realizar de forma competente determinada tarefa ou actividade;
- Expectativas de controlo de resultados, ou crença na obtenção de um dado resultado a partir de um certo comportamento do sujeito (controlo interno) ou do meio ambiente (controlo externo);
- Assertividade, ou capacidade de desenvolver comportamentos assertivos com os utentes;
- Motivação inicial, representando a motivação para escolher esta especialidade, antes de iniciar o Internato (incluída no questionário, apenas no primeiro momento de avaliação);
- Apoio fornecido no estágio, correspondendo à percepção dos médicos internos acerca das estratégias utilizadas pelos Orientadores no apoio por eles fornecido, durante o estágio de MGF (incluída no questionário, apenas no segundo e no último momento de avaliação);

A resposta aos itens das medidas incluídas neste instrumento utilizou uma escala intervalar (rating scale) e o tratamento estatístico, de acordo com a metodologia utilizada nos estudos de referência, baseou-se em análise quantitativa (testes paramétricos). Para além de análise descritiva das dimensões em estudo fez-se análise de variância (teste ANOVA para medidas repetidas), para estudo da variabilidade das dimensões, ao longo dos três momentos de avaliação. Na verificação dos seus pressupostos¹⁹ tratando-se de uma coorte de dimensão superior a 30 elementos, e sabendo-se que a ANOVA é robusta à violação da normalidade se o valor de n for elevado, assumiu-se não haver restrição à aplicação do teste, nesta investigação. Na verificação da homocedasticidade, o teste F é igualmente robusto quando o número de elementos é igual em todas as observações, em cada momento ($n = 69$). Para a verificação da homogeneidade de variâncias,

apesar de ser muito provável que as medidas repetidas estivessem correlacionadas entre si, por envolverem os mesmos sujeitos em diversas ocasiões, a análise prévia (Teste de Levene) permitiu assumir a homogeneidade de variâncias, implicando a verificação da esfericidade, através do Teste de Mauchly. Quando rejeitada a esfericidade ($p < 0,05$), fez-se a correcção dos graus de liberdade do valor de F , escolhendo o teste a adoptar para o mesmo, mediante o cálculo da média pelo valor da significância nos testes Greenhouse-Geisser e Huynh-Felt. Tendo sido esse valor sempre superior a 0,75, optou-se pelos resultados do Teste Huynh-Felt, que confirmou o nível de significância do valor de F anteriormente identificado. O tratamento estatístico dos resultados foi processado no programa informático SPSS (versão 17,0), adoptando-se o nível de significância de 0,05.

O questionário postal (com envelope resposta selado) foi acompanhado de uma carta de apresentação da equipa de investigação, referindo os objectivos do estudo, assim como de uma declaração de consentimento livre e informado, perante a necessidade de identificação dos participantes durante o *follow-up*. Os dados obtidos foram alvo de tratamento confidencial, de uso restrito pelos investigadores e utilizados somente para fins de pesquisa científica.

RESULTADOS

Em 2005, das 350 vagas disponibilizadas para o Internato de MGF (Quadro 1), foram ocupadas 228 vagas (65,1%)¹⁷. Estudados todos os médicos que ocuparam vaga no IMMFG em 2005²⁰, foram considerados participantes potencialmente elegíveis para esta investigação os 109 médicos com questionários correctamente preenchidos (taxa de resposta = 47,8%), dos quais foram incluídos na análise de *follow-up* os médicos que completaram o questionário nas três fases de avaliação ($n = 69$). A taxa de resposta em cada momento (Quadro 1) revelou uma mortalidade experimental de 36,7% no final da

Quadro 1 – Distribuição geográfica dos participantes, no seguimento durante três anos de Internato.

Zona	Nº de médicos no Internato (2005)	A1 (2005)	A2 (2006)	A3 (2008)
Norte	112 (49,1%)	43 (39,4%)	31 (38,3%)	24 (34,8%)
Centro	46 (20,2%)	16 (14,7%)	10 (12,3%)	10 (14,5%)
Sul	70 (30,7%)	50 (45,9%)	40 (49,4%)	35 (50,7%)
Total	228 (100%)	109 (100%)	81(100%)	69 (100%)
Taxa de resposta	-	47,8%	74,3%	85,2%
Não respondentes	-	----	28 (25,7%)	40 (36,7%)

investigação.

A caracterização da população que integrou a coorte do estudo longitudinal ($n = 69$) à entrada do estudo revelou que a mesma era composta por 57 (82,6%) médicos do género feminino e 12 (17,4 %) do género masculino, com a idade média de 29,81 (DP = 5,42) anos, em que 59 (85,5%) eram portugueses e 54 médicos (78,3%) estavam licenciados há menos de cinco anos. No Quadro 1 apresenta-se a distribuição da população em estudo, assim como da coorte analisada nesta investigação, por zona de localização em relação ao Internato e respectiva taxa de resposta.

No que diz respeito à motivação profissional, para a caracterização dos participantes à entrada do estudo¹⁷ apresenta-se a análise descritiva das medidas de motivação utilizadas (Quadro 2).

A dimensão Apoio fornecido no estágio ($M = 66,35$; $DP = 4,14$; $Me = 69$; $Mo = 67$, entre um valor mínimo de 16 e máximo de 84), foi analisada no 2º momento de avaliação (Quadro 2), ao fim de um ano ($n_2 = 81$), assim como no final do Internato ($n_3 = 69$). Na Figura 1 apresenta-se a distribuição dos itens incluídos na dimensão Apoio fornecido no estágio, ao 2º momento de avaliação (A2) – somatório, valor médio, mínimo e máximo, numa escala tipo *Likert* de sete pontos. Os itens menos valorizados pelos médicos em estudo foram os itens *Descobrir o meu estilo pessoal de ser especialista de MGF*, *Superar experiências de menor sucesso profissional na consulta, sem por em causa as minhas competências profissionais*, *Desenvolver expectativas de sucesso profissional* e *Superar a ansiedade que tinha antes de dar consultas*.

Quadro 2 – Análise descritiva das medidas correspondentes às variáveis em estudo.

MEDIDAS	n	Nº Itens	M (DP)	Min – Máx.
Projecto profissional	109	3	5,16 (1,41)	0 - 6
Empenhamento profissional	109	11	63,91 (6,54)	44 - 75
Motivação inicial	109	7	26,87 (4,14)	12 - 35
Motivação intrínseca	109	4	23,93 (3,36)	10 - 28
Expectativas de eficácia	109	6	30,70 (4,00)	19 - 39
Expectativas de controlo de resultados	109	8	45,47 (5,43)	31 - 56
Assertividade	109	6	31,57 (3,42)	21 - 36
Apoio fornecido no estágio	81*	12	66,35 (4,14)	16 - 84

* No segundo momento de avaliação; M = média; DP = Desvio-padrão.

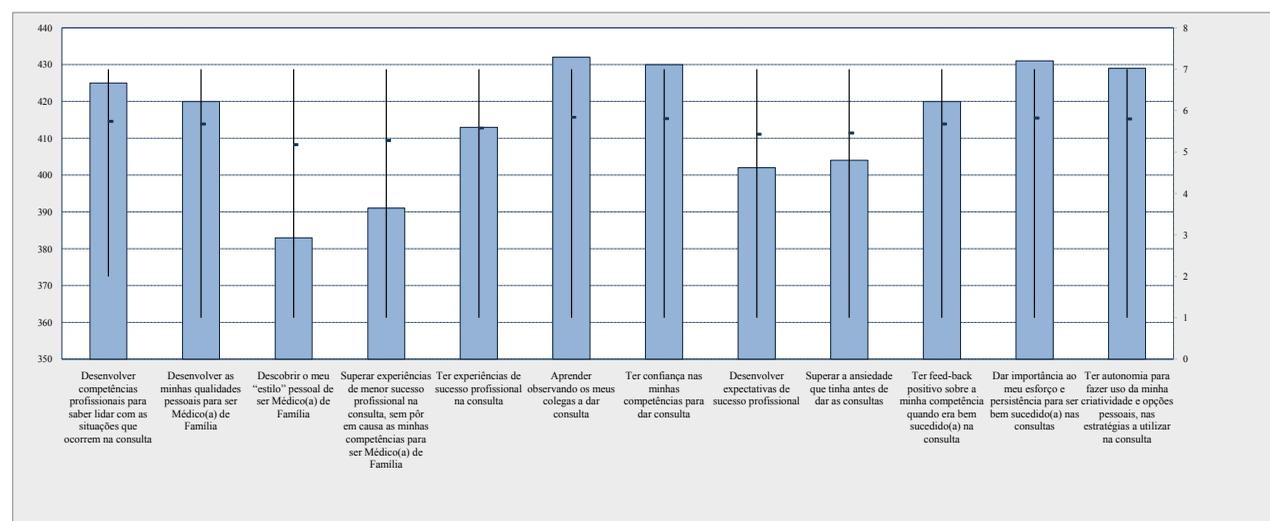


Fig. 1 – Distribuição dos itens da medida Apoio fornecido no estágio ($n_2 = 81$).

A análise da variabilidade das dimensões em estudo, ao longo de todo o tempo de Internato (três anos, na época), com base na média ajustada ao número de participantes, permitiu observar uma variação discreta e positiva em todas as medidas, no final do Internato. As ligeiras diferenças verificadas na variabilidade de todas as medidas não apresentam significado estatístico (Quadro 3). Contudo, regista-se um ligeiro declive nas pontuações das medidas Empenhamento profissional e Motivação intrínseca, ao fim de um ano de formação, embora sem significado estatístico. A variabilidade da dimensão que representa a capacidade de desenvolver comportamentos assertivos ou Assertividade revela ser a única que, para além de positiva, se situa no limiar de significância ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

A partir de resultados de estudos anteriores¹⁷, a presente investigação pretendeu analisar de forma prospectiva as alterações ocorridas na motivação profissional dos médicos internos, ao longo do IMMGE.

No início desta investigação, em todas as dimensões consideradas para este estudo, conforme divulgado¹⁷, verificaram-se valores médios próximos ou muito próximos dos valores máximos em cada escala. Relativamente à dimensão Projecto profissional, a maioria (77,1%) tinha a sua orientação motivacional bem definida para esta especialidade, enquanto desejo de ser especialista de MGF no início do Internato, assim como no futuro. A maior parte dos participantes revelou níveis médios a elevados de Empenhamento profissional (92,6%), assim como níveis médios a elevados de Motivação inicial para escolher esta especialidade (93,5%), revelando igualmente níveis elevados de Motivação intrínseca (89%) e níveis elevados de Competências assertivas (60,6%). Desta forma, além de serem médicos com a sua orientação motivacional bem definida, demonstraram ser empenhados, intrinsecamente motivados para a especialidade de MGF e normalmente assertivos nas relações com os seus pacientes, durante a

consulta. Concluiu-se ainda que mais de 90% dos médicos do presente estudo têm níveis médios a elevados de Expectativas de eficácia, esperando ser capazes de ter um bom desempenho nas tarefas diárias na consulta e cerca de 90% têm níveis médios a elevados de Expectativas de controlo de resultados, esperando conseguir controlar os resultados profissionais a partir do seu próprio comportamento ou desempenho.

Em estudos anteriormente apresentados, encontra-se documentado que cerca de 80 % destes médicos escolheram MGF foi a sua primeira opção²⁰. Na sua maioria, referem tratar-se de uma opção fundamentalmente baseada em factores intrinsecamente relacionados esta especialidade, e não como uma alternativa, face à impossibilidade de ocuparem uma vaga na especialidade eventualmente pretendida²¹.

Em síntese, do ponto de vista da motivação profissional, na sua globalidade, os participantes incluídos na análise de dados longitudinal, além de se encontrarem inicialmente motivados para a especialidade de MGF revelaram ter níveis elevados de motivação para o contexto profissional em causa¹⁷. Conforme apontado anteriormente não se confirma a percepção global acerca de uma baixa motivação profissional dos médicos que escolhem a especialidade de MGF.

Analisando de forma prospectiva este grupo de médicos, as diferenças verificadas ao longo do Internato, em três momentos de avaliação, apontam para uma evolução discretamente positiva no final do estudo, embora sem significado estatístico (Quadro 3). Apesar do aumento verificado em todas as dimensões em estudo, essa discreta variabilidade no comportamento deste grupo de médicos parece-nos ficar aquém das expectativas para esta investigação. Torna-se difícil entender uma eventual ausência de impacto, que se supõe implícito num programa de formação, como o do IMMGE. Contudo, atendendo a que não foi estudada a variável que poderia reflectir a influência do modelo de formação em causa (utilizada no estudo de referência²²), por não ter sido esse o objectivo inicial da actual investigação, pensamos que será difícil

Quadro 3 – Resultados da análise de comparação de médias (teste do efeito entre os sujeitos; $n = 69$).

Medidas	A1 M (DP)	A2 M (DP)	A3 M (DP)	ξ	P	F	P
Projecto	5,35 (1,30)	5,39 (1,15)	5,45 (0,99)	0,91	0,03	0,83	0,43
Empenhamento	64,45 (6,27)	63,83 (5,37)	64,09 (5,18)	0,94	0,16	0,22	0,80
Motivação intrínseca	24,19 (2,80)	23,87 (3,45)	24,43 (2,85)	0,87	0,02	0,82	0,43
Expectativa de eficácia	30,85 (3,72)	31,41 (3,66)	31,51 (3,35)	0,96	0,24	1,51	0,22
Expectativa de controlo	46,32 (5,30)	46,44 (5,10)	46,83 (7,82)	0,71	0,00	0,52	0,55
Assertividade	31,70 (3,09)	32,23 (2,68)	32,45 (2,58)	0,93	0,08	3,02	0,05
Apoio no estágio	-	65,59 (12,96)	66,99 (14,00)	1,00	0,00	0,88	0,35

Anova - GLM repeated measures ($p < 0,05$).

afirmar que a estrutura e o programa daquele Internato não tenham contribuído para aumentar a motivação profissional destes médicos. Pondera-se a existência de uma eventual anulação do efeito dessa variabilidade, por oposição de uma eventual valorização inversamente proporcional, condicionada pela existência de um grupo de médicos que valorizaria positivamente, aumentando a motivação, e de outro grupo que, contrariamente, diminuiria a sua motivação. Este aspecto requer novas linhas de pesquisa empírica, esclarecendo qual o contributo do processo formativo para a evolução da motivação profissional no IMMGE, nomeadamente, através de análise qualitativa, a partir da opinião dos participantes nesta investigação. Por outro lado, desconhece-se o que aconteceria aos níveis de motivação desta população, com mais um ano de Internato e maior tempo de treino de competências em autonomia (como acontece actualmente), podendo proporcionar maiores níveis de motivação. Este aspecto poderá ser alvo de investigações futuras, inclusive utilizando o actual modelo de investigação.

O estudo da variabilidade da motivação ao longo do Internato revela um momento de avaliação, ao fim do primeiro ano (Quadro 3), marcado por um ligeiro declive do Empenhamento e da Motivação intrínseca destes médicos. A explicação, apesar de não justificada pelos resultados, poderá corresponder à percepção empírica acerca de um momento de desmotivação, habitual naquela fase do Internato, que aparenta ser relacionável com a sua saída dos Centros de Saúde para o período de estágios hospitalares. Considera-se a necessidade de, futuramente, esclarecer as razões que possam explicar este momento de desmotivação, que não foram alvo de análise até à data.

Outro dos objectivos desta investigação era caracterizar a percepção dos médicos acerca das estratégias utilizadas pelos Orientadores no apoio fornecido durante o estágio de MGF. Os médicos incluídos na coorte analisada responderam valorizando, de forma relativamente elevada, o apoio que lhes foi fornecido no estágio, durante o IMMGE (Quadro 2). Com efeito, verificaram-se valores médios relativamente elevados na globalidade das pontuações obtidas em praticamente todos os itens desta dimensão, avaliada ao fim de um ano (Figura 1). A sua variação ao longo do tempo de Internato, exactamente como acontece com as outras dimensões em estudo, revelou igualmente uma evolução discretamente positiva e sem significado estatístico (Quadro 3). Nos quatro itens desta dimensão em que se verificou menor pontuação média, os Internos perceberam que essas estratégias teriam sido menos utilizadas pelos Orientadores (Figura 1), nomeadamente *Descobrir o meu estilo pessoal de ser especialista de MG*, *Superar experiências de menor sucesso profissional na consulta, sem por em causa as minhas competências profissionais*, *Desenvolver expectativas de sucesso profissional* e *Superar a ansiedade que tinha antes de dar*

consultas. Este facto poderá traduzir ausência de supervisão, em que o Interno esteve demasiado precocemente em autodeterminação, ou um elevado nível de exigência do Orientador, não permitindo desenvolver expectativas de sucesso profissional ou superar experiências de insucesso, sem pôr em causa a competência do Interno. Por outro lado, a incapacidade de desenvolver um estilo pessoal, ao adquirir competências para ser especialista de MGF, poderá traduzir uma rigidez e inflexibilidade na supervisão pelo Orientador. Este aspecto poderia ser eventualmente atribuível a um excesso de zelo pela prestação de cuidados aos seus utentes, por uma terceira pessoa; ou por outro lado, uma demissão das suas funções de Orientador, não permitindo o desenvolvimento profissional do Interno, a tal ponto que fizesse sobressair a sua criatividade e cunho pessoal na performance adquirida. Identifica-se ainda que poderá haver baixo suporte emocional quando os Internos percebem que são pouco utilizadas estratégias que permitiriam superar a ansiedade relacionada com o início da actividade na consulta. Este aspecto poderá corresponder a uma eventual incapacidade de proporcionar supervisão e apoio, adequados à competência do Interno em causa, atendendo à sua individualidade e experiência de vida. Este défice no exercício de supervisão poderá ser atribuível a uma eventual falta de preparação dos Orientadores, em particular ao nível da intervenção psico-pedagógica ou educacional, justificável no contexto de uma educação de adultos. Sendo os Orientadores responsáveis pela formação dos futuros Médicos de Família neste país, como vectores importantes para a melhoria da qualidade e o desenvolvimento da MGF, consideramos a necessidade de maior atenção na formação educacional dos mesmos. Esta questão justificaria mais investigação nesta área, incluindo a dirigida à caracterização da intervenção do Orientador de formação e da sua motivação para ensinar, no contexto deste Internato.

A análise de dados longitudinal requeria um grupo de controlo (não expostos) que não foi considerado pela inexistência de uma população com características semelhantes, que não tivesse sido exposta a um programa de formação e à intervenção de um Orientador, durante o IMMGE.

Na coorte analisada, o problema dos dados *missings*, a considerar em qualquer estudo longitudinal, não se colocou, atendendo a que foram considerados apenas os questionários totalmente preenchidos em todos os itens, de acordo com as instruções referidas nos mesmos.

Tratando-se de um estudo exploratório, e devido à inexistência de dados publicados na área da medicina, em que nos possamos basear, não estava à partida identificada a dimensão do efeito esperado ou a magnitude da associação entre as variáveis. Assim sendo, para a determinação do tamanho amostral adequado a esta investigação, aceitámos como referencia a menor dimensão estatisticamente

significativa em função do número de variáveis e do tipo de testes estatísticos utilizados. Pudemos constatar que a coorte em causa, após o cálculo do número apropriado de sujeitos especificamente para este estudo, apresenta um tamanho amostral acima do desejável. Desta forma, apesar de os estudos longitudinais requererem um número elevado de sujeitos na amostra para se obterem resultados estatisticamente significativos (embora com o risco de perdas mais consideráveis), consideramos que o tamanho amostral identificado nesta coorte, tendo em conta o máximo erro aleatório admissível, ultrapassa o número mínimo descrito como adequado, em função das variáveis em estudo. Assim sendo, os resultados encontrados não parecem ser atribuíveis a problemas de tamanho amostral, pois que a forma como foram recrutados os participantes poderá corresponder a um dos pontos fortes desta investigação.

Atendendo a que foi estudada toda a população elegível (foi oferecida a possibilidade de participação a todos os médicos que iniciaram o Internato, em Portugal continental, em 2005) pensamos não se colocar a possibilidade de um viés de selecção ou de admissão. Não estando em causa o processo de amostragem, e verificando-se semelhanças entre os respondentes e não respondentes (com base na informação disponível), parece-nos pouco provável a existência de problemas de representatividade da população que integra o estudo. Por outro lado, pensamos que a probabilidade definida para as provas estatísticas que medem os nossos resultados poderá representar o que sucede realmente na população.

Colocando-se a questão de um eventual viés relacionado com o desaparecimento de elementos da população de respondentes, habitual em estudos longitudinais, apesar de não se ter feito análises sucessivas de comparação com os não participantes, verificou-se uma mortalidade experimental ao 3º momento enquadrável nos valores descritos para este tipo de estudos²², pelo que consideramos que as perdas de seguimento foram aleatórias, segundo as variáveis de interesse. Atendendo a que se verificaram mudanças constantes de morada, e até de local de trabalho, ao longo do tempo de estudo, desconhece-se se os *dropouts* resultaram de questões relacionadas com o conteúdo ou a aplicação do questionário, apesar de ter sido garantida a utilização de metodologias que são recomendadas para a redução desse efeito.

Os resultados obtidos ao fim dos três anos de estudo revelam um padrão de resposta idêntico aos resultados do estudo transversal¹⁷ em que não foram contabilizadas essas perdas. As ameaças a um estudo longitudinal, nomeadamente, o efeito de regressão dos *scores* em direcção à média, o efeito de maturação, provocado pela forma como os participantes mudam ao longo do tempo, ou ainda o efeito decorrente de eventos externos à investigação, poderão ter condicionado a resposta dos

mesmos entre avaliações repetidas. A dificuldade em manter os sujeitos ao longo do estudo, descrita como uma limitação dos estudos longitudinais, foi considerada, adoptando-se várias das estratégias descritas para esse efeito, que foram ponderadas paralelamente aos custos envolvidos neste tipo de investigação.

Definidas as variáveis em análise, poder-se-ia colocar em causa a necessidade de um tempo suficientemente longo para fazer surgir esses *outcomes*. Para além do inconveniente de uma eventual perda maior de sujeitos, não era objectivo desta investigação analisar esta população para além do tempo de duração de Internato, ou seja, dos três anos correspondentes ao tempo de Internato, na altura. Contudo, aceitamos como plausível que o tempo de estudo possa não ter sido suficientemente longo para tornar mais relevante, do ponto de vista estatístico, a variabilidade das medidas em estudo. Um tempo de estudo mais longo (num Internato de quatro anos, como actualmente) poderia ter feito surgir níveis mais elevados de motivação profissional, particularmente nos últimos meses de Internato, na medida em que o maior tempo de trabalho em autonomia poderia ter proporcionado maior envolvimento nas tarefas, e consequentemente maior motivação para o exercício profissional.

Nesta investigação, uma das limitações relaciona-se com o facto de não ter sido previsto como objecto de estudo a possibilidade de analisar o efeito do modelo de formação do Programa de Internato sobre as variáveis em estudo, nesta população.

A taxa de resposta de cerca de 50% da população-alvo a que é dirigida esta investigação (taxa de resposta no estudo de coorte de 63,3% em relação à população elegível), idêntica aos valores verificados em estudos na área médica^{23,24}, parece reflectir uma população motivada para colaborar na investigação, mesmo tratando-se de aspectos sensíveis como é o caso da opinião acerca da intervenção do Orientador, analisada nesta investigação.

O estudo utilizou um instrumento de recolha de dados, adaptado à área médica¹⁸ e validado a partir de instrumentos desenvolvidos em Portugal²²⁻²⁵, e a análise de aferição das suas propriedades psicométricas permitiu o seu uso nesta população como um instrumento fiável e útil. A utilização de um instrumento, já utilizado em outras populações, mesmo que em circunstâncias diferentes, confirmando a fidelidade e validade das suas propriedades psicométricas e produzindo um padrão de resposta semelhante¹⁷, o que reforça a força inferencial dos resultados aqui apresentados.

Tratando-se de um estudo longitudinal, com a vantagem de poder apresentar informação mais completa e mais correcta, os dados que o estudo produz permitem retirar múltiplos *outcomes*, apenas com uma exposição, mais precisamente ao programa de formação no IMMGEF.

Após a revisão bibliográfica realizada, não se encontraram estudos na área da motivação para o exercício

da actividade médica com um seguimento tão prolongado no tempo. Este aspecto, apesar de não permitir uma análise comparativa, reforça a pertinência da presente investigação, que poderá contribuir para um conhecimento mais abrangente nesta área. Com efeito, esta investigação revelou informação que pode ser considerada relevante, numa área sensível e não explorada anteriormente.

CONCLUSÃO

Concluindo, consideramos que este estudo produz resultados importantes acerca de fenómenos sobre os quais a informação era inexistente, em Portugal. Permite complementar informação anteriormente divulgada, acerca da motivação profissional dos médicos internos no IMMGEF¹⁷.

Monitorizando as mudanças de comportamento destes médicos ao longo do Internato, em contexto real de trabalho, esta investigação evidencia uma evolução positiva, mas não permite retirar conclusões acerca do contributo do Programa de Internato para a evolução dos níveis de motivação. Para que a especialidade de MGF ultrapasse as barreiras que a tornam numa opção impopular como carreira profissional, o treino de médicos competentes e polivalentes é um imperativo para continuar a atrair médicos mais brilhantes e motivados²⁶.

Requerendo outras estratégias, consideramos a necessidade de uma eventual investigação de outros grupos de médicos que posteriormente tenham escolhido MGF para o seu futuro profissional, assim como de uma abordagem qualitativa através de entrevistas dirigidas aos intervenientes nesta investigação, no sentido de identificar outros factores que possam ter interferido no seu processo motivacional.

Concluindo, esta investigação fornece evidência substancial sobre os níveis de motivação profissional nesta coorte de médicos, sobre a sua evolução pouco expressiva ao longo do Internato e sobre a percepção que os médicos têm acerca das estratégias utilizadas pelos Orientadores de formação.

Com efeito, este estudo suporta o ponto de vista de que, tendo em conta a discreta variabilidade das dimensões em causa, a educação médica no contexto do IMMGEF deverá ser alvo de uma reformulação pertinente e fundamentada. A estruturação do seu programa poderá contemplar estratégias individuais de intervenção orientadas para o reforço da motivação profissional dos médicos internos, com benefícios para o seu percurso profissional ao longo do Internato.

AGRADECIMENTOS

Às Coordenações do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar, das zonas Norte, Centro e Sul do país, pela colaboração prestada ao longo do tempo de realização desta investigação.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Mc WHINNEY IR: Manual de medicina familiar. Tradução: M.T.N. Andrade. Lisboa: Inforsalus 1994
2. Ministério da Saúde: Portaria 183/2006, DR., I série – B (149), 22 de Fevereiro: 1430 (18). 2006
3. Ministério da Saúde: Portaria 357/80. DR., I série (147), 28 de Junho: 1494 (3). 1980
4. SANTOS I, JORDÃO JG: Internato Complementar de Clínica Geral. Situação actual e evolução. Educ Med 1997;8(2):69-83
5. Coordenação do Internato Complementar da Zona SUL: Caderneta de Estágio. Lisboa: CICCZS 1990
6. SANTOS I, CARVALHO F, SANTOS S, VENTURA T: Caderneta de Estágio - Coordenação do Internato Complementar da Zona Sul. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul 1992
7. Coordenação do Internato Complementar da Zona Norte: Programa de Formação. Caderneta de Estágio. Porto: CICCZS. Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Internatos/Medicina%20Geral%20e%20Familiar/Ficheiros/Manuais%20de%20Forma%C3%A7%C3%A3o/Caderneta_2009_0.pdf. 2009 [acedido em 01 de Julho de 2010].
8. Coordenação do Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Sul: Manual de formação 2010. Lisboa: CICCZS; Disponível em <http://www.cimgfsul.org/images/stories/pdf/manual%202010.pdf>. 2009 [Acedido em 1 de Julho de 2010].
9. OUTEIRINHO C: Internato Complementar de Clínica Geral na Zona Norte – Uma década. Rev. Por Clin Geral 2005;21:69-78
10. Ministério da Saúde: Portaria 300/2009, DR., I série (58), 24 de Março: 1853 (5). 2009
11. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral: Colapso ou ressurgimento? Lisboa: APMCG; Disponível em: <http://www.apmcp.pt/document/71479/449567.doc>. 2003 [Acedido em 01 de Julho de 2010]
12. Dec-Lei nº 203/2004, DR., I série – A (194), 18 de Agosto: 5351 (7). 2004
13. CARVALHO F, VENTURA T, BARROSO R: Perfil de competências do Orientador de formação. Rev Port Clin Geral 2004;20:147-152
14. European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine: Euract Statement on selection of trainers and teaching practices for specific training in general practice. 2002 [Acedido em 01 de Julho de 2010]. Disponível em: http://www.euract.org/index.php?folder_id=26.
15. European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine: Euract Teachers' attributes. Disponível em: http://www.euract.org/index.php?folder_id=22. [Acesso em 01.07.2010].
16. MARQUES CB: Na relação médico/doente e interno/Orientador...o afecto é o fermento! J Medico Familia Disponível em: http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=380&Itemid=27 [Acedido em 01 de Julho de 2010].
17. GASPAR D, JESUS SN, CRUZ JP: Motivação profissional no Internato Médico de Medicina Geral e Familiar: um estudo nacional. Acta Med Port (in press).
18. GASPAR D, JESUS SN, CRUZ JP: Motivação profissional de

- médicos internos de Medicina Geral e Familiar, em Portugal. Estudo de adaptação de um instrumento de avaliação. Rev Port Saúde Publica 2010;28(1):67-78
19. PESTANA MH, GAGEIRO JN: Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS (4ª ed) Lisboa: Edições Silabo 2005
20. GASPAR D: Internato Médico de Medicina Geral e Familiar – Quem somos? O perfil do médico interno de Medicina Geral e Familiar, em Portugal. Acta Med Port 2010;23(1):039-050
21. GASPAR D: Escolher a especialidade de medicina geral e familiar. Opção inicial ou uma alternativa? Rev Port Clín Geral 2010;26(4):354-368
22. JESUS SN: Bem-estar dos professores. Estratégias para a realização e desenvolvimento profissional. Coimbra: Edição do autor 1997
23. ASCH DA, JEDRZIEWSKI MK, CHRISTAKIS A: Response rate to mail surveys in medical journals. J Clin Epidemiol 1997;50(10):1129-36
24. KELLERMAN SE, HEROLD J: Physician response to surveys. A review of literature. Am J Prev Med 2001;20(1):61-7.
25. AMARO HJF: Assertividade e satisfação profissional nos enfermeiros. [Dissertação de mestrado]. Faro: U Alg 2005
26. VILLANUEVA T: Family medicine, the specialty of the future: the Portuguese situation within the European context. Int Arch Med 2009;2:36