

O desenvolvimento de competências na formação médica: os desafios de se conciliar as Diretrizes Curriculares Nacionais num cenário educacional em transformação

The development of competencies in medical education: the challenges of reconciling the National Curricular Guidelines in a changing educational scenario

Letícia Silveira Freitas¹, Marina Franklin Ribeiro¹, Jaqueline Lara Marques Barata¹

RESUMO

Introdução: Os currículos dos cursos de medicina, no Brasil, são orientados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para formação médica a partir das demandas de saúde da coletividade. Muitas instituições têm, hoje, currículos orientados pelas DCN 2001 e DCN 2014. Questiona-se se a formação pelo preconizado nas DCN 2001 deixará lacunas no desenvolvimento de competências para a prática dos egressos. Parte-se da hipótese de que esses podem não ter desenvolvido competências consideradas necessárias para a prática médica. **Objetivos:** Identificar as competências adquiridas pelos estudantes de medicina no 6º ano de uma faculdade filantrópica de Belo Horizonte. Desvelar se esses estudantes têm as competências preconizadas bem desenvolvidas. **Métodos:** Pesquisa exploratória e qualitativa, financiada pela FAPEMIG. Entrevistados, escolhidos aleatoriamente, acadêmicos do 12º período de medicina de faculdade filantrópica de Minas Gerais. Após aprovação do Comitê de Ética, os estudantes foram orientados, assinaram o TCLE e responderam a um questionário estruturado. Análise de dados feita mediante técnicas de análise de comunicação, a partir da transcrição das entrevistas. Houve saturação dos dados após entrevista de 6 acadêmicos. **Resultados:** A totalidade dos entrevistados desconhece as DCN. Identificam bom desenvolvimento de competências na área de Atenção à Saúde e, principalmente, na de Educação em Saúde. Reconhecem que as competências na área de Gestão em Saúde não foram bem trabalhadas. **Conclusões:** Os entrevistados se sentem preparados para realizarem o atendimento primário dos pacientes, mas identificam falhas, com competências e habilidades não bem desenvolvidas ao longo dos seis anos de formação.

Palavras-chave: Educação Médica. Faculdades de Medicina. Currículo. Competência Profissional.

¹ Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Medicina - Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil.

Instituição:

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Medicina - Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil.

* Autor Correspondente:

Letícia Silveira Freitas

E-mail: let_freitas@terra.com.br, let.silveira.freitas@gmail.com

Recebido em: 11/07/2017.

Aprovado em: 19/03/2018.

ABSTRACT

Introduction: The curricula of medical courses in Brazil are guided by the National Curricular Guidelines (DCN), fundamentals of medical education based on the health demands of the community. Many institutions today have curricula oriented by DCN 2001 and DCN 2014. It is questioned whether the training recommended by the DCN 2001 will leave gaps in the development of skills for the practice of graduates. It is assumed that these may not have developed skills considered necessary for medical practice. **Objectives:** To identify the competences acquired by medical students in the 6th year of a philanthropic college in Belo Horizonte. Uncovering whether these students have the well-developed competencies advocated. **Methods:** Exploratory and qualitative research, financed by FAPEMIG. Interviewees, randomly chosen, academics of the 12th period of medicine from the philanthropic college of Minas Gerais. After approval by the Ethics Committee, the students were instructed, signed the TCLE and answered a structured questionnaire. Data analysis performed through communication analysis techniques, from the transcription of interviews. There was saturation of the data after interview of 6 academics. **Results:** All respondents were unaware of NCDs. They identify good development of competencies in the area of Health Care and, especially, in Health Education. They recognize that the competences in the area of Health Management have not been well worked. **Conclusions:** The interviewees feel prepared to perform the primary care of the patients, but identify failures, with skills and abilities not well developed during the six years of training.

Keywords: Education Medical. Schools Medical. Curriculum. Professional Competence.

INTRODUÇÃO

O ensino médico brasileiro, nos 200 anos de sua existência, tem sido influenciado, desde a sua origem, pela conjuntura política, pelos regimes de governo, por modelos econômicos e por outros fatores que marcam o desenvolvimento do país. As mudanças nos saberes e na constituição das práticas médicas relacionam-se às diversas compreensões dos fenômenos de saúde e doença em um dado período histórico, à disponibilidade de recursos tecnológicos para responder a essas questões e à formulação dos diferentes modos de organizar a atenção à saúde.^{1,2}

Historicamente, um documento datado de 18 de fevereiro de 1808 enviado por Dom Fernando José de Portugal e Castro, ministro de Dom João VI, dirigido ao Conde da Ponte é considerado a certidão de nascimento do ensino médico no Brasil e, desde esse período, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 consolidou a interface da saúde com a educação, conferindo ao ensino médico a condição de fator estratégico para a formação e a ordenação dos recursos humanos no processo de implantação do novo sistema de saúde brasileiro.¹

Desse modo, no contexto das diretrizes do Plano Nacional de Educação (PNE) do Ministério da Educação

do governo federal brasileiro, expresso na Lei 10.172/2001, o Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovou, em 2001, as Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina, homologadas em 1º de outubro do mesmo ano, sendo um marco na regulamentação do ensino médico no Brasil a nível federal, pois abrange todas as escolas de medicina do país. As diretrizes de 2001 foram o parâmetro para a educação médica até que, em junho de 2014, o Ministério da Educação do Brasil lançou as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina que se tornaram os parâmetros a serem observados na organização, desenvolvimento e avaliação dos cursos de Medicina de todo o país.^{3,4}

Assim, as DCN estabelecem formal e organizadamente os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em medicina e, em consonância com orientações tão bem estipuladas, o momento atual exige das escolas médicas a formação de um profissional com visão holística e capacitações ética, técnica e científica, ciente da sua relevância social.^{3,4} Segundo Amaral (2007), a atualidade espera “*um profissional que acredite que a saúde e o ato de curar não são privilégio e muito menos caridade, mas sim um direito*”.

A função de uma matriz de competências é expressar os consensos coletivos acerca do que é imprescindível e o conteúdo que nenhum estudante deverá deixar de saber ao

se formar.⁴ Para tanto, as DCN preconizam que a formação médica deve se basear em competências. O ensino por competências implica desenvolver no estudante a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para lidar com situações, problemas e dilemas da vida real, e sua certificação expressa legitimação social de pessoas que passam a ser reconhecidas como capazes de atuar na carreira médica.^{3,4}

Segundo as DCN do Ministério da Educação Brasileiro (2014),

“o graduado em Medicina deverá ter formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença”.

Além disso, sabe-se, que a competência não é algo que se observe diretamente, mas pode ser inferida pelo desempenho e pela articulação de tarefas e capacidades, que dão a noção de competência profissional com base em padrões ou critérios definidos.⁴ As DCN 2014 preconizam que competência

“é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis; é também a capacidade de ter iniciativas e ações que traduzam desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentem à prática profissional em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica” (BRASIL, 2014).

Desse modo, a instituição das diretrizes vem provocando mudanças na estruturação curricular de diversos cursos e nos projetos das instituições de ensino em saúde no cenário nacional. E sabe-se que a articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso é imprescindível para o futuro exercício profissional do médico.

As DCN 2001 preconizam que a formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: (I) atenção à saúde, (II) tomada de decisões, (III) comunicação, (IV) liderança, (V) administração e gerenciamento, (VI) educação permanente e, com base nessas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde e o trabalho em equipe.^{5,2}

Por outro lado, as DCN 2014 trazem as competências e habilidades preconizadas para o egresso do curso de medicina de maneira diferente em alguns aspectos, de modo que a formação do graduado em medicina deve se desdobrar nas seguintes áreas: (I) atenção à saúde, (II) gestão em saúde e (III) educação em saúde. Já as iniciativas e ações esperadas do egresso, agrupam-se nas áreas de competência: (I) área de competência de atenção à saúde, (II) de gestão em saúde e (III) área de competência de educação em saúde (BRASIL, 2014). Vê-se, portanto, que foram definidas as competências necessárias ao egresso do curso de medicina que seguem descritas ao longo do texto e, especificamente, no quadro “Descrição competências propostas pelas diretrizes curriculares 2014” (Quadro 1).⁶

Os atuais estudantes do último ano de medicina de uma faculdade filantrópica de Minas Gerais possuem

um perfil de egresso constante no Projeto Pedagógico de Curso (PPC) convergente com as diretrizes de 2001, uma vez que a legislação preconiza que apenas os estudantes que ingressaram a partir do ano de 2014 em diante se adequeiem às novas diretrizes. Nesse sentido, considerando-se que estas sejam as competências preconizadas para um bom exercício da profissão, questiona-se: a formação dos acadêmicos sob as diretrizes de 2001 deixará alguma lacuna no desenvolvimento delas?

Assim, esta pesquisa estudou como o estudante do último período de uma faculdade de medicina se sente neste momento de sua vida, se ele é capaz de reconhecer essas competências, supracitadas, referentes às DCN de 2014, na formação dele; esta pesquisa analisa se o acadêmico sente necessidade de, após egressar a faculdade, buscar novos meios pelos quais possa complementar suas habilidades e competências para estar tão apto quanto outros futuros egressos, cuja educação médica estará sob os parâmetros das DCN de 2014.

Parte-se da hipótese de que, tendo sido o projeto pedagógico do curso de medicina da instituição cenário deste estudo elaborado sob as perspectivas das diretrizes de 2001, o egresso formado nessa matriz curricular poderá não ter desenvolvido as competências consideradas necessárias para a prática profissional médica.

Tornou-se, portanto, imprescindível se investigar se há uma lacuna no desenvolvimento das habilidades e competências exigidas pelo Ministério da Educação Brasileiro entre as competências que estudantes do último período do curso desenvolveram ao longo dos anos de graduação em comparação com as mesmas preconizadas pelas atuais diretrizes. Especificamente, este estudo pretendeu identificar as competências adquiridas pelos estudantes de medicina no 6º ano de uma faculdade filantrópica de Belo Horizonte e desvelar se os estudantes de medicina do 6º ano dessa faculdade têm as competências preconizadas para uma boa prática médica bem desenvolvidas.

Ao se falar da característica exploratória deste estudo, teve-se como objetivo proporcionar maior familiaridade da pesquisadora com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A pesquisa exploratória tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como ela se apresenta, seu significado e o contexto em que ela se insere, pois se pressupõe que o comportamento humano é mais bem compreendido no contexto social em que ocorre.⁷ Tal estudo é de grande relevância para a construção da educação médica no país e para os egressos de medicina, para se constatar se é necessário que eles busquem o desenvolvimento dessas competências de alguma forma após a graduação.

DESENVOLVIMENTO

Esta pesquisa é exploratória, pois a pesquisadora foi a campo para realizá-la, e qualitativa, de modo que a pesquisadora entrevistou os sujeitos que vivenciam o fenômeno estudado. A pesquisa qualitativa, a exemplo desta, não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados, pois é um estudo que parte de focos de interesses amplos que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve.⁸ Este teve como foco, *a priori*, o estudo da percepção subjetiva dos estudantes de medicina do último ano de uma faculdade filantrópica de Belo Horizonte em relação às competências

Quadro 1. Descrição Competências Propostas pelas Diretrizes Curriculares 2014. (FRANCO et al, 2014)

| Competência | Descrição da Competência |
|-------------|--|
| 1 | Atenção à saúde |
| 2 | Tomada de decisões |
| 3 | Comunicação |
| 4 | Liderança |
| 5 | Administração e gerenciamento |
| 6 | Educação permanente |
| 7 | Promover estilos de vida saudáveis, atuando como agente de transformação social |
| 8 | Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário |
| 9 | Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares |
| 10 | Informar e educar em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação |
| 11 | Realizar com proficiência a anamnese, a construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico |
| 12 | Dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicossocioambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados |
| 13 | Diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano |
| 14 | Reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral |
| 15 | Otimizar o uso de recursos propedêuticos |
| 16 | Exercer a medicina com base em evidências científicas ao se utilizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos |
| 17 | Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos para a atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção |
| 18 | Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência preventiva e curativa, individual e coletiva |
| 19 | Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte |
| 20 | Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências |
| 21 | Conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura científica crítica e participação na produção de conhecimento |
| 22 | Lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde |
| 23 | Atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contrarreferência |
| 24 | Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem estar como cidadão e como médico |
| 25 | Considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, considerando as reais necessidades da população |
| 26 | Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde |
| 27 | Atuar em equipe multiprofissional |
| 28 | Manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde |

que todos deveriam ter desenvolvido ao longo do período de graduação. Assim, por meio do questionário proposto, que trazia questões referentes ao perfil do estudante e sobre suas vivências referentes à gestão, à educação e à assistência, foram obtidos dados descritivos sobre o processo que está sendo estudado a partir do contato direto da pesquisadora com a situação estudada, com os sujeitos do estudo.

O Projeto de Pesquisa foi aprovado, por meio da Plataforma Brasil, pelo CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, conforme Parecer Consubstanciado do CEP - CAAE: 53994115.8.0000.5134. Foi um estudo delineado segundo a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 para pesquisas envolvendo seres humanos, de modo que houve respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, assegurando-lhe sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida. A pesquisadora foi comprometida com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos aos participantes, garantindo-lhes que danos

previsíveis fossem evitados, restando, apenas, a possibilidade de desconforto por parte do entrevistado ao refletir sobre sua própria prática.

Por ser uma metodologia de base qualitativa o número de sujeitos escolhidos para compor o quadro das entrevistas não pode ser determinado desde o início, pois dependia da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como da profundidade e do grau de recorrência e divergência destas informações.⁸ Partiu-se de uma população de sessenta estudantes matriculados no último ano do curso de medicina da faculdade local deste estudo, até que houvesse a saturação dos dados, o que se daria pela repetição do discurso dos entrevistados. Interromperam-se as entrevistas assim que a pesquisadora não mais percebeu acréscimo de informações.

Durante a coleta dos dados do questionário, precedida da apresentação e assinatura do TCLE, um gravador de voz foi utilizado para que a entrevista ocorresse de tal maneira que permitisse à pesquisadora a fidedignidade necessária para posterior análise.⁷ Neste estudo, foram entrevistados 6

(seis) acadêmicos de medicina, cursando o último período do curso em uma instituição filantrópica de ensino médico referência no Brasil. Estes acadêmicos foram escolhidos aleatoriamente mediante sorteio numérico. Os nomes de todos os alunos do 6º ano, numerados de acordo com a ordem alfabética, foram incluídos nesse sorteio que ocorreu de maneira eletrônica por meio do aplicativo IGerar para sistema iOS. Os dados foram transcritos e analisados com base no referencial de análise do discurso, dando origem a 3 categorias.

O estudo dos dados foi feita com base na análise de discurso de Bardin que é um conjunto de técnicas de análise de comunicação, de modo que, após a transcrição das entrevistas, iniciou-se o processo de análise.⁹

Desse modo, neste estudo, a análise dos resultados se norteou por questionamentos como: “quais são as competências preconizadas nas Diretrizes Curriculares atuais que constituem as variáveis intrínsecas ao estudo? Quais são as informações que correspondem às variáveis ou que devem ser agregadas para serem descritas?”

Foram entrevistados acadêmicos do 6º ano do curso de medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, localizada em Belo Horizonte/MG, com idades entre 23 e 37 anos, média de 23,5 anos de idade. Cinco dos acadêmicos entrevistados estavam regularmente matriculados e um deles ainda cursava uma disciplina, psiquiatria, constante no quarto ano do currículo dessa faculdade. Cinco dos acadêmicos ingressaram no curso no ano de 2011 e um deles, no ano de 2010.

Percebe-se que a maioria dos entrevistados se sente apenas parcialmente preparada para atender os indivíduos da comunidade ou se sente mais à vontade para fazê-lo na assistência primária à saúde. Observou-se que os acadêmicos têm clareza quanto às lacunas que ficaram em sua formação prática à medida em que, na faculdade, há sempre um professor ou preceptor a quem os alunos podem recorrer, por isso, entendem que apenas na rotina diária de um médico é que se adquire segurança e conhecimento prático satisfatórios.

Entre os entrevistados, o discurso também foi semelhante no que tange à capacidade de gerirem serviços de saúde, pois se sentem desprovidos de conhecimento prático e de ferramentas de gestão em saúde para gerirem serviços e até mesmo suas próprias carreiras profissionais. No entanto, todos os entrevistados se sentem bem preparados para praticarem ações educativas com a comunidade e com outros de saúde, e todos relatam que este preparo lhes foi dado, principalmente, nas ações educativas que praticaram durante o Internato de Saúde Coletiva.

Os dados permitiram a construção de três categorias que desvelam o fenômeno estudado, evidenciando os desafios de se conciliar as DCN num cenário educacional em transformação.

CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS MÉDICAS: A IMPORTÂNCIA DE SE CONSTRUIR AUTONOMIA

A educação médica está passando por críticas quanto aos métodos de ensino e aos conteúdos, vivendo um processo de transformação explicitado nas reformas curriculares em diversas escolas médicas. O motivo de tantas mudanças é garantir maior eficácia na formação e cultivar um egresso médico capaz de lidar com os problemas da sociedade brasileira moderna.

Esta necessidade de transformação no tipo de competência necessária para atuar é percebida pelos entrevistados que demonstram que os cursos de medicina têm procurado se adequar como relatado abaixo:

“... eu acho que as últimas mudanças podem trazer esse tipo de reflexão e mudança na prática, que é a de promoção, que talvez não traga tanto status pro profissional, mas que melhora a vida do paciente, da comunidade, e traz retorno no sentido de que, na medida que você tem promoção da saúde, isso que tá sendo falado, ou que valorize essas questões, você diminui internação, agravamentos de doenças, dinheiro público investido no tratamento.” (E3)

Os discursos revelam que, unanimemente, os entrevistados entendem por competência a capacidade de um indivíduo em realizar determinadas atividades, ou seja, entende-se, em geral, o termo competências como se entende, na língua portuguesa, a capacidade de alguém em exercer de maneira competente alguma atividade, com habilidade e eficiência. Nenhum dos entrevistados se mostrou à vontade para relacionar competências às Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina.

O desconhecimento das competências descritas nas DCN e incorporadas pelo projeto pedagógico do curso compromete por si só as competências a serem adquiridas ao longo da formação, uma vez que são elas que deveriam direcionar todas as ações educativas nas quais o estudante será inserido ao longo do curso.

Essas transformações, pelas quais estão passando as escolas médicas do país, levam em conta alterações no perfil epidemiológico da população e da prevalência de doenças e de riscos a que os indivíduos estão expostos, mas também devem levar em consideração aspectos importantes como a construção de autonomia do futuro egresso, como explicitado na fala de um dos entrevistados:

“A gente forma muito inseguro, querendo ou não a gente sai muito cru da faculdade, a verdade é essa, a gente passa pelas cadeiras para ter uma noção, mas, pelo fato de a gente não ter tanta autonomia assim, a gente faz as coisas, mas a gente sempre tem um feedback atrás, uma pessoa te olhando, uma pessoa às vezes até interrompendo o que você tá fazendo...” (E1)

Uma das estratégias propostas para modificação do cenário de educação médica surgiu em 2001, quando o Ministério da Educação e Cultura, por meio do Conselho Nacional de Saúde / Centro de Ensino Superior, propôs aos cursos de Medicina um currículo baseado em competências. Entre os pontos-chave das diretrizes há o aprendizado por competências, a formação de um egresso com uma compreensão ampliada de saúde e uma visão social pertinente.

Desse modo, entende-se por competência a capacidade de se mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis e a capacidade de ter iniciativas e ações para se solucionar os desafios que se apresentem à prática profissional em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica. Reforça-se, assim, a importância da construção de autonomia.

No entanto, é importante destacar que a construção da competência é gradativa e que existem níveis de expertise pelos quais o estudante passa até atingir a capacidade de enfrentar a dinamicidade da prática de forma autônoma.¹⁰

Berbel (2011), ao analisar como o professor pode contribuir para promover a autonomia do aluno, identificou

que o uso de metodologias ativas de ensino aprendizagem favorece as seguintes ações: o docente deve nutrir os interesses pessoais do estudante; deve oferecer explicações racionais para o estudo de determinado conteúdo ou para a realização de determinada atividade; deve usar de linguagem informacional, não controladora; deve ser paciente com o ritmo de aprendizagem dos alunos, reconhecer e aceitar as expressões de sentimentos negativos deles.¹¹

Os entrevistados são capazes de identificar em sua formação, momentos em que a autonomia foi alcançada e em que áreas isto foi possível, sendo a Educação em Saúde, a competência mais citada:

“Isso eu acho que a faculdade realmente me ensinou, porque foi o que eu mais fiz no PSF, nas UBS, foi praticamente isso que eu fiz. Então isso realmente é tranquilo”. (E2)

“Me sinto, me sinto (preparada). Pratiquei um pouco. Aqui (FCMMG) eu pratiquei um pouco e também no internato rural eu pratiquei muito. No internato rural eu fiz muitas palestras pra escolas, pra grupos – e lá tinha grupos específicos de gestantes, de idosos, de hipertensos, então nesse sentido eu me sinto preparado; se não for nada muito específico, se for mais uma informação geral pra sociedade, eu consigo transmitir”. (E4)

Essas falas vêm ao encontro da abordagem sobre a taxonomia das competências, em que as competências procedimentais são vistas como relacionadas a habilidades físicas específicas. Autores definiram taxonomias para a área psicomotora e chegaram a seis categorias que incluem ideias ligadas a reflexos, percepção, habilidades físicas, movimentos aperfeiçoados e comunicação não verbal.¹⁰

Assim, a prática repetida de ações educativas ocasionou, na visão dos entrevistados, na construção desta competência. No constante da grande área da Educação em Saúde, as DCN 2014 preconizam: *“Na Educação em Saúde, o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional.”*, o que faz da educação própria (aprender a aprender) e da educação de terceiros (pacientes e outros profissionais da saúde) objetivo claro na formação médica brasileira.

Já em relação à continuidade de sua própria formação, como preconizado nas DCNs, os estudantes revelam como buscarão novos conhecimentos após a conclusão do curso:

“...tem várias revistas na medicina; eu acho que é isso, buscando isso, buscando atualizar por artigos científicos e etc.” (E10)

“Eu pretendo me atualizar em congressos, pretendo me especializar, fazer uma residência.” (E1)

Portanto, as coletas apontaram que os estudantes têm clareza das competências que não conseguiram alcançar ao longo de sua formação acadêmica e de estratégias para obtê-las após a conclusão do curso. Os resultados contribuem para desenvolver o senso de educação permanente necessário a todo profissional de saúde.

No entanto, a educação permanente, compreende a aprendizagem por meio da problematização do processo de trabalho, capaz de gerar transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, não podendo ser reduzida a simples continuidade da formação acadêmica. A mesma ganha relevância na área da saúde, pelo fato de que o processo de trabalho em saúde é coletivo, complexo e vivo

em ato, exigindo mais do que competências cognitivas para formação de autonomia.^{5,12}

A COMPETÊNCIA ATITUDINAL E A FORMAÇÃO GENERALISTA COMO ESTRATÉGIAS PARA UMA ABORDAGEM INTEGRAL

Além da abordagem por competências, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) valorizam um egresso com um perfil atrelado a um cuidado integral, com uma ampla visão de saúde e doença, e que não considere o indivíduo de maneira fragmentada. Ou seja, valoriza um profissional que também considere seu contexto e que tenha conhecimento da realidade em que atua.

Na análise dos dados referentes ao perfil dos estudantes entrevistados, constatou-se que eles se dedicam exclusivamente ao curso de medicina e todas as atividades circundantes dele. Desta forma as instituições formadoras precisam se preocupar em promover uma formação ampliada, que considere aspectos culturais, políticos, econômicos, entre outros, capaz de preparar os futuros profissionais para uma prática contextualizada.

As falas abaixo apontam para a necessidade de adquirir novas competências, além das técnicas. Expressam a importância das relações serem construídas de forma contextualizada, bem como a importância do docente neste processo. Entre tais competências, por exemplo, a capacidade de:

“desenvolver uma relação, se preocupar em como ter uma relação médico-paciente melhor, não só médico-paciente, mas médico-interdisciplinar, médico-multidisciplinar, médico com a família, ter uma visão social, da sociedade, como funciona, onde está inserido esse paciente, que contexto de saúde está o lugar em que eu trabalho.” (E1)

“Uma competência básica na medicina seria a capacidade de interagir com o paciente; isso realmente é uma coisa que você desenvolve ao longo do curso, apesar de varias aulas, você não vai conseguir desenvolver isso se você não praticar. É uma das competências. Eu acho que essa competência de conseguir interagir com o paciente e conseguir enxergar realmente o que ele quer dizer por baixo do que ele diz na verdade, é uma competência que o médico tem que conseguir desenvolver. E você vai conseguir desenvolver isso não só por você mesmo, mas também analisando alguns professores atuando, porque realmente a gente tem alguns professores que são espetaculares e alguns que você com certeza fala que esses não servem de modelo.” (E3)

A percepção, pelas instituições formadoras e docentes, de que as competências atitudinais (relacionadas a sentimentos e posturas) são construídas a partir do desenvolvimento da área emocional e afetiva, que incluem comportamento, atitude, responsabilidade, respeito, emoção e valores, deve ser o ponto de partida para que a prática se caracterize como um cuidado autêntico.

A clareza de que é no campo da micropolítica do processo de trabalho, que o cuidado em saúde, sob o desafio permanente da produção de saberes e investigações pode aumentar a potência de produção de cuidado, corrobora para que as instituições de ensino fortaleçam a construção de competências atitudinais nos futuros egressos.¹³

Segundo as DCN 2014, para a completa capacitação do médico generalista, é necessário que o egresso do curso de medicina tenha desenvolvido competências ao longo do curso nas áreas de Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; e Educação em Saúde. A Área de Competência Atenção

à Saúde estrutura-se em 2 (duas) subáreas: (I) Atenção às Necessidades Individuais de Saúde, que diz da capacidade do profissional em identificar as necessidades de saúde e do desenvolvimento e avaliação de planos terapêuticos para a população que assiste. E (II) Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva, cujas ações-chave são investigar problemas de saúde coletiva e desenvolver e avaliar projetos de intervenção coletiva. Já a Área de Competência Gestão em Saúde é composta pela organização do trabalho em saúde e pelo acompanhamento e avaliação desse trabalho, o que inclui capacidade de o profissional gerir serviços de saúde e gerir sua carreira médica.

E, ainda, as DCN 2014 incluem a Área de Competência de Educação em Saúde, que orienta que o egresso consiga identificar as necessidades de aprendizagem individual e coletiva, que ele realize ações de promoção da construção e socialização do conhecimento no contexto em que está inserido e que ele promova o pensamento científico e crítico e apoie a produção de novos conhecimentos.

Pelas análises dos discursos dos entrevistados desta pesquisa, a formação generalista está sendo alcançada, porém, esta formação apresenta lacunas em áreas importantes para a formação generalista preconizada pelas DCN, como em pediatria e neonatologia:

“Uma lacuna é a pediatria (...) o currículo da pediatria não supriu meu conhecimento, principalmente, questão básica. Eu fui aprender pediatria no sexto ano, e isso tá errado, eu tinha que ter chegado aqui e só consolidado meu conhecimento, mas, ao contrário, eu aprendi pediatria no sexto ano. Tudo, semiologia pediátrica, faltou tudo. Do básico, desde o aleitamento materno, passou muito rápido, acho que não foi bem cumprido o básico da pediatria.” (E2)

A formação generalista é a base de atuação do futuro egresso e tem como objetivo o fortalecimento do SUS e, em especial, da Estratégia Saúde da Família. Nesse contexto, o profissional desenvolverá atividades com usuários de todos os ciclos de vida e é a base também para futuras especializações nas linhas de cuidado, cujas prevalências de morbimortalidades sejam estatisticamente significativas para a organização em rede do trabalho.

ARTICULAÇÃO TEORIA E PRÁTICA: UM RESGATE NECESSÁRIO

A maior parte dos acadêmicos do último ano de medicina se sente despreparada para o atendimento pleno dos pacientes. Apesar de terem cumprido as etapas teóricas e práticas, os mesmos parecem hierarquizar a construção da competência, compreendendo que a teoria deve preceder a prática e parecem não perceber que a construção da competência é algo processual, em que ambos os cenários (teoria e prática) contribuem para aquisição diferenciada de competências, como expresso abaixo:

“Com certeza eu me sinto despreparado pra urgência e emergência, mesmo com internato, não colocamos a mão na massa. A gente aprende muita coisa na teoria, a gente até faz algumas coisas, assiste alguns procedimentos, mas são situações também mais difíceis, mais estressantes, então vai ser difícil a pessoa conseguir fazer sem nunca ter feito antes.” (E4)

As competências médicas são desenvolvidas com os estudantes imersos na prática médica, mediante experiências singulares e a apresentação de problemas que visem desafiar a proposição de soluções. Por consequência, o desenvolvimento de competências exige um processo criativo, como resultado da tensão entre os conhecimentos

preestabelecidos ou prescritos e a leitura de situações contingenciais que se apresentam no exercício da profissão. A competência médica significa ser capaz de mobilizar conhecimentos, informações, regras e valores, de forma correta e no momento certo a favor do bem decidir.⁴

A compreensão de qualquer fenômeno social, entre eles os relacionados ao processo saúde-doença, requer o conhecimento das suas várias dimensões. Assim, para que o estudante consiga fazer a síntese entre teoria e prática, é imprescindível a diretividade do educador por meio da análise das distorções das práticas, das possibilidades e das formas de superação.¹⁴

Neste sentido as competências relacionadas à área da gestão em saúde poderiam contribuir para a tomada de decisões, no entanto os entrevistados apontam que a gestão foi uma lacuna na formação dos mesmos, tanto para a gestão de sua própria carreira, quanto a de serviços, conforme explicitado:

“Não, não tenho essa maturidade (para gerenciar a própria carreira). Isso sim (gerenciar um serviço básico de saúde, como UBS). Acho que questão administrativa e burocrática talvez falte algumas instruções, mas eu correria atrás e conseguiria. Pela faculdade não, não dá. Tive disciplina de Gestão, só seis meses, e não achei que foi suficiente. Tinha que ter tido prática, uma coisa mais aplicada. Porque a teoria foi dada, e como tinha de ser dada mesmo, não acho que faltou, mas sem a prática eu não sei, a gente sabe que no Brasil as coisas não funcionam igual ta no papel, então eu teria dificuldades. Certeza.” (E2)

Lembrar e entender são duas dimensões importantes da competência cognitiva, que só após serem adquiridas permitem a aplicabilidade do conhecimento. Isso reforça a importância de que a articulação entre teoria e prática precisa ser compreendida pelos docentes como um movimento dinâmico e interdependente, exigindo uma articulação entre as diferentes disciplinas.

Especialmente na área da gestão, essa articulação ganha relevância pelo fato de que a tomada de decisão se faz a partir da análise de uma dada situação já existente ou a ser implementada, seja do serviço ou da vida profissional, tendo como base conhecimentos prévios e conhecimentos a serem construídos na implementação das ações.

A gestão em saúde envolve uma gama de fatores que partem da formulação de políticas e da definição de objetivos, chegando à gestão estratégica e avaliação de resultados. Todas estas dimensões e, em especial a mudança organizacional, são altamente complexas e se encontram, na literatura organizacional, atrelada à liderança.

Por último, assinala-se que há uma limitação neste estudo, inerente ao desenho metodológico, uma vez que os indivíduos ainda não se formaram, podendo, ainda, haver oportunidade de transformações conceituais e práticas sobre as competências desenvolvidas. Os locais de entrevistas, escolhidos pelos respondentes, não foi sempre favorável para a realização delas, em função da intensa carga horária de estudos dos acadêmicos, o que não os permitia um horário disponível maior.

CONCLUSÃO

Reforça-se a significância de a totalidade dos entrevistados desconhecer as diretrizes nas quais se ancora o currículo acadêmico pelo qual estão se formando, tendo em

vista que quando se conhece o instrumento pelo qual se há a construção do conhecimento, este pode se dar de maneira mais efetiva. Além disso, é perceptível o discernimento dos acadêmicos quanto às competências que têm bem desenvolvidas e quanto às inseguranças que apresentam após os seis anos de formação.

Identifica-se bom desenvolvimento de competências na grande Área de Atenção à Saúde e, principalmente, na Área de Educação em Saúde. Ou seja, os acadêmicos desenvolveram, pela prática acadêmica, a capacidade de realizarem, com segurança, o atendimento básico em saúde da população. Além de se sentirem seguros para realização de práticas educativas com a população e com demais profissionais da saúde. Porém, os acadêmicos reconhecem que as competências na Área de Gestão em Saúde não foram bem trabalhadas, e se mostram inseguros para, quando egressos, gerirem serviços de saúde ou a própria carreira profissional.

Este estudo contribuiu para se compreender a complexidade do processo de construção de competências na formação médica. A proposição de DCN oriundas da necessidade de dar respostas mais efetivas às demandas de saúde da sociedade precisam ser conciliadas com mudanças no cenário educacional, em que ambos apontam para a construção de autonomia e de práticas que se ancorem na integralidade.

Dessa forma, conclui-se que somente num cenário educacional em transformação podemos construir uma prática médica também transformadora, a despeito de todos os desafios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amaral, J. L. Duzentos anos de ensino médico no Brasil. 232 f. Dissertação. (Doutorado em Medicina Social). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2007. Tese de doutorado.
2. Pereira, I. D. F.; Lages, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis?. *Revista Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 319-38, 2013.
3. Brasil, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução N° 3, De 20 De Junho De 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. 2014.
4. Gontijo, E. D. et al. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. *Revista Brasileira Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 526-39, 2013.
5. Brasil, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Cne/Ces N° 4, de 7 de Novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 2001.
6. Franco, C. A. G. S., Cubas, M. R., Franco, R. S. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. *Revista Brasileira Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 221-30, 2014.
7. Temporini, E. R. e Piovesan, A. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista Saúde Pública*. 1995.
8. Godoy, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.
9. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
10. Duarte, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Periódico Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 115, p. 139-54, 2002.
11. Berbel, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 32, n.1, p. 25-40, 2011.
12. Brasil, Ministério da Saúde do Brasil. O processo de trabalho em saúde. Texto adaptado do capítulo de mesmo nome - *material didático do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente*, Brasília, p. 69-80, 2006.
13. Bertussi, D. C. O. Apoio Matricial Rizomático e a produção de coletivos na Gestão Municipal em Saúde. *Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 2010.
14. Campos, C. M. S., Soares, C. B., Trapé, C. A., Silva, B. R. B., Silva, T. C. Articulação teoria-prática e processo ensino-aprendizagem em uma disciplina de enfermagem em saúde coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.43, n.2, p. 1226-31, 2009.