

Convergências e divergências entre as expectativas discentes e a formação conforme às Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina

Convergences and divergences among student expectations and training in accordance with the National Curriculum Guidelines for Medicine

Convergencias y divergencias entre las expectativas de los estudiantes y la formación de acuerdo con las Directrices Curriculares Nacionales de Medicina

Recebido: 24/04/2022 | Revisado: 01/05/2022 | Aceito: 20/05/2022 | Publicado: 27/05/2022

Manoelito Ferreira Silva-Junior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8837-5912>
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil
E-mail: manoelito_fsjunior@hotmail.com

Ana Paula Fontanella Lesnau

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3592-5383>
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil
E-mail: ana_paula_lesnau@hotmail.com

Therency Kamila dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2512-8388>
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil
E-mail: therencyks@gmail.com

Felício de Freitas Netto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1274-1979>
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil
E-mail: feliciofnetto@gmail.com

Larissa Yumi Ito

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6068-8295>
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil
E-mail: larishiwase@hotmail.com

Cristina Berger Fadel

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7303-5429>
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil
E-mail: cbfadel@gmail.com

Resumo

O objetivo do estudo foi analisar as expectativas formativas dos discentes ingressantes do curso de Medicina de uma universidade pública, sob o viés das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Medicina. Trata-se de um estudo qualitativo com uso de roteiro-guia e entrevista gravada com alunos ingressantes do curso de Medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa, no ano de 2019. A amostra foi definida pelo método de saturação. Após a transcrição, os dados foram analisados pela Análise Temática de Conteúdo por três pesquisadores independentes, e depois houve o agrupamento entre as categorias e subcategorias identificadas conforme às Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina. Entre os entrevistados, três eram mulheres e dez homens, com idade entre 17 e 26 anos, sendo que 30% deles ingressaram no curso por meio de políticas de ações afirmativas. A análise evidenciou três categorias e cinco subcategorias: Atenção à Saúde (formação humanista e responsabilidade social), Gestão em Saúde (formação generalista e tomada de decisão) e Educação em Saúde (educação permanente). Apesar de um pensamento para uma formação mais humanista e com responsabilidade social, ainda faltam recursos importantes no pensamento da atenção aos demais requisitos mínimos para uma formação conforme as DCN dos futuros médicos, uma vez que não foram discutidos itens necessários a uma formação integral, e uma nítida preocupação centrada na capacidade de conhecimento técnico e principalmente no raciocínio lógico para o diagnóstico, ou seja, pouco embasada no conhecimento sobre ações de prevenção e promoção, e mais centrada em recuperação e reabilitação.

Palavras-chave: Educação médica; Diretrizes para o planejamento em saúde; Mercado de trabalho; Ensino em saúde.

Abstract

The objective of study was to analyze formative expectations of medical incoming students in a public university, under the perspective of National Curriculum Guidelines (NCG) in Medicine. This is a qualitative study using a guide-script and a recorded interview with new medicine students at the State University of Ponta Grossa, in 2019. The sample was defined by the saturation method. After transcription, the data were analyzed by thematic content

analysis by three independent researchers, and then there was the grouping between the categories and subcategories identified in accordance with the NCG for Medicine. Among the interviewees, three were women and ten men, aged between 17 and 26 years, of which 30% entered the course through affirmative action policy. The analysis showed three categories and five subcategories: Health Care (humanist training and social responsibility), Health Management (general training and decision-making) and Health Education (continuing education). Despite a thought for a more humanistic and socially responsible training, important resources are still lacking in the thought of attention to the other minimum requirements for training according to the NCG of future doctors, since items necessary for an integral training were not discussed, and a clear concern centered on the capacity for technical knowledge and mainly on logical reasoning for the diagnosis, that is, little grounded in knowledge about prevention and promotion actions, and more focused on recovery and rehabilitation.

Keywords: Education, Medical; Health planning guidelines; Job market; Health teaching.

Resumen

El objetivo del estudio fue analizar las expectativas de formación de los estudiantes que ingresan a la carrera de Medicina en una universidad pública, bajo el sesgo de la Directrices Curriculares Nacionales (DCN) de la carrera de Medicina. Se trata de un estudio cualitativo que utilizó un guión guía y una entrevista grabada con estudiantes que ingresaron a la carrera de Medicina en la Universidad Estadual de Ponta Grossa, en 2019. La muestra fue definida por el método de saturación. Después de la transcripción, los datos fueron analizados por el Análisis de Contenido Temático por tres investigadores independientes, y luego se procedió a la agrupación entre las categorías y subcategorías identificadas de acuerdo con las Directrices Curriculares Nacionales de Medicina. Entre los entrevistados, tres eran mujeres y diez hombres, con edades entre 17 y 26 años, y el 30% de ellos ingresó al curso a través de la política de acción afirmativa. El análisis mostró tres categorías y cinco subcategorías: Atención en Salud (formación humanista y responsabilidad social), Gestión en Salud (formación general y toma de decisiones) y Educación en Salud (formación permanente). A pesar de un pensamiento por una formación más humanista y socialmente responsable, aún faltan recursos importantes en el pensamiento de atención a los demás requisitos mínimos para la formación según la DCN de los futuros médicos, ya que no se discutieron los elementos necesarios para una formación integral, y un clara preocupación centrada en la capacidad de conocimiento técnico y principalmente en el razonamiento lógico para el diagnóstico, es decir, poco fundamentada en conocimientos sobre acciones de prevención y promoción, y más enfocada a la recuperación y rehabilitación.

Palabras clave: Educación médica; Directrices para la planificación en salud; Mercado de trabajo; Enseñanza en salud.

1. Introdução

A implantação e expansão do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliou a inserção de profissionais da saúde no mercado público de trabalho nas últimas décadas (Meireles et al., 2019). No entanto, ao longo do tempo, percebeu-se que o perfil de atuação dos profissionais formados em faculdades e universidades do país não estava suficientemente adequado para o trabalho na perspectiva social da saúde, tampouco, para o cuidado integral e equânime (Gomes et al., 2012), evidenciando-se assim um descompasso entre o ensino e as necessidades de saúde da população brasileira (Faé et al., 2016).

O SUS reconhece a formação profissional como fator relevante na construção de um sistema resolutivo e estabelece a formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino como competência do sistema (Brasil, 1990). Sendo assim, a partir de 1995, a mudança nos currículos de graduação em saúde tornou-se uma questão importante, evidenciada pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação nº 9.394/96, a qual destituiu o currículo mínimo (Brasil, 1996) e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que orientam o perfil profissional esperado para os egressos dos cursos de graduação, como por exemplo, definindo competências, habilidades e conteúdos contemporâneos que são necessárias (Brasil, 2001; Brasil, 2014). As DCN para o curso de Medicina foram instituídas em 2001 (Brasil, 2001) e foram atualizadas em 2014 (Brasil, 2014).

As DCN do curso de Medicina em vigência apontam que o médico egresso tenha formação generalista, 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. As competências elencadas pelas DCN como necessárias ao desenvolvimento do profissional de saúde são: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança,

administração e gerenciamento, educação permanente (Brasil, 2014).

De fato, as DCN estimularam a criação de currículos que pudessem contribuir para a formação de um novo perfil acadêmico e profissional, tornando os profissionais de saúde capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade (Brasil, 2001; Brasil, 2014). No entanto, será que apenas a formação tem impactado nas mudanças da percepção do profissional médico?

Sabe-se que apesar do arraigado modelo de ensino superior baseado em aspectos técnicos da profissão, o valor social atribuído ao médico e a percepção do sucesso profissional atrelado à prática profissional liberal, estudos mostram avanços no interesse acadêmico no mercado público (Trindade & Vieira, 2009; Girardi et al., 2017). Além da formação profissional, outros aspectos podem intermediar esse resultado, como por exemplo, a saturação de algumas áreas do mercado médico privado (Veras et al., 2020), a melhoria e fortalecimento do SUS e a estabilidade encontrada no serviço público (Girardi et al., 2017) e inclusive, a recente diversidade sociocultural de ingressantes em instituições de ensino superior facilitadas por políticas afirmativas (Souza e Brandalise, 2016), os quais parecem resultar em uma nova configuração do mercado de trabalho em saúde.

Sendo assim, uma análise que considere as perspectivas discentes dos recém- ingressos frente às expectativas relacionadas à formação profissional médica precisa ser elucidada (Meireles et al., 2019), principalmente no que se refere às convergências e divergências com as DCN. Neste sentido, o objetivo do presente estudo é analisar as expectativas formativas de ingressantes do curso de Medicina de uma universidade pública, sob o viés das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina.

2. Metodologia

2.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo qualitativo com ingressantes (2019) do curso de Medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa-PR, Brasil.

2.2 Local do estudo

O espaço físico definido para a realização do estudo foi a instituição pública que abriga o respectivo curso, iniciado em 2009.

Desde então, o curso de Medicina da UEPG sofreu uma mudança curricular, no ano de 2011 e atualmente vigente. Dentre as alterações mais marcantes entre os currículos, encaixa-se aumento da carga horária teórica e dos estágios supervisionados, não tendo grande diferenciação das disciplinas ofertadas entre eles. Sendo assim, o Projeto Político Pedagógico do Curso (PPC) do curso de Medicina da UEPG ainda não sofreu atualização conforme as DCN de 2014 vigentes.

2.3 Amostra

Os sujeitos da pesquisa foram o universo de ingressantes em 2019 do curso de Medicina da UEPG. Todos os regularmente matriculados e que concordaram em participar da pesquisa foram incluídos (n=40). O critério de exclusão foi não aceitar participar e não assinar o Termo de Assentimento (menores de 18 anos) e/ou o Termo de Consentimento (maiores de 18 anos ou responsável legal).

A amostra foi definida pelo método de saturação, com encerramento da coleta de dados frente à repetição de resultados similares ou de mesmo teor.

2.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no primeiro mês letivo do segundo semestre do ano de 2019. A abordagem foi individual, na própria instituição, em local reservado.

Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiros-guia, registrados por dois entrevistadores simultaneamente, utilizando um gravador de voz digital (Sony ICD-PX312, Estados Unidos). Um pesquisador era comum para os ingressantes e o outro externo. Um método qualitativo na abordagem metodológica proporciona dados que não seriam obtidos por meio de questionários simples. A entrevista tem como objetivo um universo maior de informações, valorizando experiência, crenças, opiniões e valores individuais (Neves et al., 2006).

O roteiro-guia foi o mesmo utilizado em estudo similar, com acadêmicos de Odontologia, realizado pelo mesmo grupo de pesquisa, dispensando a realização de estudo piloto. As questões-norteadoras foram: “Qual sua expectativa/o que você espera do curso? Por quê?” e “Quais as competências profissionais deseja adquirir durante a realização do curso de Medicina? Por quê?”.

2.5 Análise dos dados

O material produzido por meio das entrevistas foi tratado de acordo com a técnica da Análise Temática de Conteúdo (Bardin, 2016). Esse procedimento metodológico consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado, ou seja, consiste essencialmente numa operação classificatória, que busca categorizar expressões-chave ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

A análise para os dados foi realizada por três pesquisadores inicialmente de forma independente. Após a categorização individual, houve o consenso entre os pesquisadores envolvidos, e por último, houve o agrupamento entre as categorias e subcategorias conforme o eixo teórico das Diretrizes Curriculares do curso de Medicina.

A ordenação dos achados permitiu uma abordagem descritiva do material empírico, o qual, visando à confidencialidade dos sujeitos foi codificado como ingressantes (I) em conjunto com um número sequencial.

2.6 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, sob o número 3.019.438. Os sujeitos participantes maiores de 18 anos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e os menores de 18 anos, além do TCLE do responsável, também assinaram um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

3. Resultados

Participaram do estudo 13 acadêmicos ingressantes, sendo 3 mulheres e 10 homens, com idades entre 17 e 26 anos (média de 20 anos). Em relação à forma de ingresso, 5 entraram na universidade pelo Processo Seletivo Seriado (PSS) e 8 por vestibular, sendo: 4 por meio de vaga universal e 4 por política de ações afirmativas (2 escola pública e 2 racial). Todos os acadêmicos eram solteiros (100,0%), sem nenhum filho (100,0%), sem renda própria (100,0%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características da amostra. Ponta Grossa-PR, Brasil, 2019.

Participante (Código)	Sexo	Idade (anos)	Forma de ingresso	Ingresso por política de ações afirmativas (cotas)	Renda Familiar (Salário Mínimo)
I1	M	19	Vestibular	Não	7 a 8
I2	M	24	Vestibular	Sim	1 a 2
I3	F	20	Vestibular	Não	3 a 4
I4	M	18	Avaliação Seriada	Não	>8
I5	M	26	Vestibular	Não	>8
I6	M	17	Avaliação Seriada	Não	5 a 6
I7	M	18	Avaliação Seriada	Não	>8
I8	M	23	Vestibular	Sim	5 a 6
I9	F	18	Avaliação Seriada	Não	7 a 8
I10	M	22	Vestibular	Sim	1 a 2
I11	M	19	Vestibular	Sim	1 a 2
I12	F	25	Vestibular	Não	7 a 8
I13	M	18	Avaliação Seriada	Não	>8

Abreviações: M=Masculino, F=Feminino, SM= Salário Mínimo. Fonte: Autores.

No presente trabalho, discentes do primeiro ano do curso de Medicina de uma instituição pública do Paraná foram avaliados quanto às suas expectativas de formação acadêmica e suas relações com as DCN, atualizada em 2014.

Todas as competências profissionais gerais do médico egresso definido pelas DCN do curso de Medicina foram citadas, e estão expressas nos discursos e serão discutidas por categoria de análise e subcategorias, expostas na tabela 2.

Tabela 2. Sistematização do discurso dos alunos sobre as principais expectativas no curso e competências profissionais identificadas entre os estudantes ingressantes do curso de Medicina. Ponta Grossa-PR, Brasil, 2019.

Categorias (Competências)	Subcategorias
Atenção à Saúde	Formação Humanista Responsabilidade Social
Gestão em Saúde	Formação Generalista Tomada de Decisão
Educação em Saúde	Educação Permanente

Fonte: Autores.

3.1 Atenção à Saúde

Dentre as diversas atribuições esperadas na competência de “atenção à saúde” para o egresso de Medicina, duas ficaram mais evidentes e serão discutidas como subcategorias.

3.1.1 Formação humanista

Os estudantes mostraram-se interessados com a formação, não apenas técnica, mas sim, seguindo as DCN no que se refere a uma formação humanista.

I2 - “*Conseguir chegar até o final do curso tendo alcançado meus objetivos que é ser um médico humanizado (...), [com] criatividade, empatia, foco e persistência*”.

I3 - “*Conhecimento e humanidade*”.

I5 - “*Quero primeiramente ser um médico muito humano...*”

I6 - “*Empatia, aumentar minha visão de mundo para ter competência de entender os pacientes, as pessoas com quem trabalharei... quero ser humano.*”

I7 - “*Conhecimento e desenvolver, ou aplicar, o lado humano (...), altruísmo, empatia...*”

I12 - “*Empatia... querendo ou não eu tenho que estudar; conhecimento todos vão ter. Então o que eu quero é empatia. Não quero ser aquela parte que somente usa sua inteligência*”.

I13 - “*... que [durante o curso] vai ter bastante humanização o que gostei bastante pois não devemos ter somente técnica e isso corresponde ao porque quis medicina (...), saber fazer diagnóstico e ter relações humanas*”.

3.1.2 Responsabilidade social

Alguns discursos deixam claro que além do conhecimento técnico e humanizado, há uma preocupação com o contexto social dos usuários do serviço, como presente nos seguintes discursos:

I8 - “*Conhecimento técnico, humanização para entender bem o paciente, não só a doença, mas o contexto que ele vive*”.

I10 - “*...consciência, humanização, ter competência emocional para atender o público que desejo (comunidade, pobre, mendigo)*”.

I11 - *Me formar como um dos melhores do curso, a fim de querer ser um bom profissional, poder ajudar meus colegas e o próximo (...). Que ele [o curso] traga todas as abordagens para um bom profissional, tanto a realização técnica, emocional, social, e a partir disso ser um bom profissional, tendo todas as capacitações prática e teórica*”.

3.2 Gestão em Saúde

Em alguns discursos a competência de Gestão em Saúde destacada pelas DCN foram bem evidentes, e por isso, serão expressas como nas subcategorias.

3.2.1 Formação generalista

Os estudantes iniciantes apontaram a necessidade de uma formação profissional que permita terem conhecimento básicos para exercer a profissão, como expresso abaixo:

I3 - “*... Espero que o curso [de Medicina] me dê o básico para ser uma boa profissional, (...) Espero sair da universidade com a base bem formada da medicina*”.

I4 - “*Sair formado com o necessário para trabalhar na área...*”

No entanto, apenas uma fala deixa explícito o motivo de querer ter uma formação generalista:

I1 - “*Eu quero aprender bem o básico, uma boa formação generalista para poder atender a maior parte das pessoas*”.

3.2.2 Tomada de decisão

Os alunos apontaram que o desenvolvimento de hipóteses diagnósticas e uma competência profissional eleita necessária para uma boa formação:

I1 - *“Raciocínio para chegar e solucionar o problema da pessoa”.*

I6 - *“...Quero desenvolver técnicas e desenvolver raciocínio clínico para chegar no diagnóstico”.*

I7 - *“...objetividade para resolver o máximo e minimizar falhas”.*

I10 - *“Autonomia, coragem, agilidade, raciocínio lógico e rápido...”*

3.3 Educação em Saúde

A competência de Educação em Saúde destacada pelas DCN foi evidenciada como na subcategoria abaixo.

3.3.1 Educação permanente

No entanto, alguns alunos referiram que esperam que a graduação lhes dê o alicerce para uma atuação como bons profissionais, e essa percepção parece estar atrelada apenas a grande habilidade cognitiva e técnica da atuação médica, como nos discursos:

I2 - *“...e também um currículo de graduação que me possibilite conseguir mais tarde uma boa residência”.*

I3 - *“...sabendo que eu preciso estudar o resto da minha vida...”.*

I4 - *“Habilidades técnicas como exame físico e anamnese bons, expandir o meu conhecimento clínico e conhecimento no corpo humano”.*

I6 - *“...Espero estudo e muita prática. ”*

I8 - *“...que me agregue muito conhecimento para ser um bom profissional”.*

Apesar do presente estudo ter demonstrado algumas falas sobre a pretensão de uma formação mais generalista, como discutido em outra subcategoria, fica evidente ainda resquícios de uma tendência a uma formação fragmentada, ao passo, que a formação na graduação pode parecer ainda insuficiente e/ou um passo da carreira para alçar novos voos.

Um dos participantes, inclusive deixou claro como pode fazer para melhorar sua qualificação e se preparar para a inclusão na residência:

I5 - *“...ter as habilidades necessárias e conhecimento(...). Acho que aqui [na UEPG] terei oportunidade de projetos de extensão, ligas onde eu posso ir encaixando, tendo contato com várias áreas antes de entrar na residência”.*

4. Discussão

Os homens, neste estudo, são maioria entre os entrevistados, com 76,9% do total (Tabela 1). Este valor é condizente com os dados sociodemográficos brasileiros que demonstram, ainda hoje, um predomínio masculino na área médica (Scheffe et al., 2018). Pode-se observar o contraste com outras universidades, em que o gênero feminino é maioria na população de acadêmicos da Universidade Estadual de Campinas com 63,2% (Silva et al., 2018) e na Universidade Federal da Bahia, com 50,7% (Veras et al., 2020). No Brasil, 54,4% dos 414.831 médicos são homens, enquanto as mulheres representam 45,6%. Essa proporção, entretanto, vem se alterando a cada ano, pois está sendo visualizado um crescente aumento na formação de mulheres médicas (Scheffe et al., 2018).

Verifica-se que há uma concentração de renda alta na graduação em Medicina, já que 70% afirmam que sua família possui renda superior a 5 salários mínimos (Tabela 1). De forma similar, encontramos na literatura diversos estudos demonstrando essa discrepância de renda. Entre estudantes da Unicamp, cerca de 83% dos alunos possuem renda superior a R\$ 4.400,00 (Silva et al., 2018). O Brasil é um dos países com a maior desigualdade no acesso à educação, sendo a faixa de renda familiar estreitamente relacionada ao maior acesso ao ensino superior (Silva et al., 2018).

Devido a fatos como este citado acima, o governo federal, desde 2004, tem adotado políticas que buscam ampliar o acesso ao ensino superior para população com menor renda, bem como para afrodescendentes, indígenas e deficientes (Veras et al., 2020). A Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) foi uma das primeiras instituições estaduais de ensino a discutir e implementar a política de ações afirmativas no Estado. Em 2006, A UEPG aprovou, através da Resolução Universitária nº 9 de 26 de abril de 2006, a reserva de vagas nos processos seletivos da UEPG para candidatos oriundos de instituições públicas e para aqueles que se autodeclararem negros (Souza & Brandalise, 2016). Portanto, cabe-se ressaltar que, entre os entrevistados, 30,0% entraram na universidade pela política de ações afirmativas (Tabela 1).

No âmbito da competência da atenção à saúde, a humanização foi um item muito bem exposto pelos acadêmicos. Trindade e Vieira (2009) citam o desejo de cuidar do outro, ser útil, poder aliviar o sofrimento ou melhorar o social como uma motivação tanto consciente quanto inconsciente de atender expectativa do indivíduo. Segundo Merhy (2005), as tecnologias podem ser classificadas como: leve, leve-dura e dura. Um exemplo de tecnologia leve nos serviços de saúde é a humanização. A formação humanista, segundo Moura et al. (2020), trata-se de uma competência que propicia maior compreensão da vivência e do sofrimento humano e das manifestações socioculturais de uma comunidade por meio da empatia e incorporando a realidade social e experiência individual da relação médico-paciente. No entanto, a Política Nacional de Humanização (PNH) evidencia que a humanização deve ocorrer em todas as relações, e por isso, não estão relacionadas apenas a relação profissional-usuário, mas há uma tríplice inclusão entre gestor-profissional-usuário, e por isso, devem ter autonomia, protagonismo e corresponsabilidade (Girardi et al., 2017).

No presente estudo, apesar de mostrar muitos discursos relacionados ao binômio profissional-paciente, também trouxe um discurso sobre a necessidade de um bom relacionamento entre profissional-profissional. Um estudo anterior apontou, como verificado no presente estudo, que os estudantes estão receptivos à discussão sobre as competências necessárias para desenvolver a humanização durante a graduação (Meireles et al., 2019).

A humanização além de ser um dispositivo fundamental no gerenciamento do trabalho, precisa da atenção integral como forma de gerenciar os processos de trabalho (Caracio et al., 2014). Este aspecto, pode ser explicado porque a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde (Brasil, 2014).

A Medicina é uma área de atuação que está diretamente associada às relações humanas e sua prática requer, além de extenso conhecimento, habilidades que possibilitem uma recuperação adequada e promoção da saúde de um indivíduo (Trindade & Vieira, 2009). Sendo assim, uma competência importante para o médico trata-se da comunicação, como forma de criação de vínculo (Trindade & Vieira, 2009).

Esses achados levam a uma reflexão mais aprofundada. Ao considerar que acadêmicos ingressantes apresentam uma visão humanista como elemento fundamental, inclusive podendo interferir na escolha da profissão. Esse ponto de vista pode ser derivado de experiências pessoais negativas pelos estudantes. O que pode leva-los a acreditar em uma potencial mudança através da sua atuação profissional humanizada. Esse aspecto pode ser reforçado, pois foi visto que na sociedade atual há uma crescente preocupação com uma maior humanização na relação médico-paciente (Trindade & Vieira, 2009). Sendo assim, acredita-se que os futuros médicos, que tiverem seus impulsos iniciais na formação voltados a requisição dessas habilidades, construirão de forma mais fácil o perfil profissional esperado para o novo cenário de saúde que está perpetuando-se (Meireles

et al., 2019).

Embora não foram destacados nos discursos dos estudantes participantes, as DCN destacam duas competências profissionais intimamente ligada ao universo das relações humanas, a Comunicação e a Liderança. Sendo assim, espera-se que a formação seja capaz de formar profissionais com a habilidade de comunicar-se, sendo acessíveis e mantendo a confidencialidade das informações na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura. Além disso, devem estar aptos a assumirem posições de liderança no trabalho em equipe multiprofissional, tendo em vista sempre o bem-estar da comunidade (Brasil, 2014).

Ao se pensar no cuidado em saúde, sabe-se que os determinantes sociais são fatores importantes no contexto do processo saúde-doença (Brasil, 2004). A responsabilidade social deve fazer parte no contexto de um país que ao mesmo tempo que apresenta um sistema de saúde universal, é marcado pelas desigualdades sociais (Merhy, 2005). Sendo assim, a formação profissional deve favorecer o pensamento crítico para que haja uma redução das disparidades relacionadas a relação profissional/população, e na ausência de cobertura total dos serviços, haja uma distribuição equânime e embasada nos locais de maior necessidade. Sendo assim, o tipo de serviço, escolha do local e público os quais os alunos desejam trabalhar após a graduação deve ser considerado. No presente estudo, poucos acadêmicos relataram o entendimento sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), e mais do que isso, o desejo em atender populações vulneráveis. O estudo de Girardi et al. (2017) constatou que a grande maioria dos acadêmicos tinham resistência de se deslocar para trabalhar em áreas que necessitam de maior assistência, como em áreas remotas e desassistidas.

Vale destacar no presente estudo que todos os acadêmicos com discursos associados à responsabilidade social ingressaram na universidade por meio da política de ações afirmativas. Um estudo mostrou que quanto maior a renda familiar, maior era a objeção dos estudantes em trabalhar no serviço público e nas áreas mais carentes (Whitehead e Dahlgren, 1991). Nesse sentido, vemos a importância da inclusão social e a democratização do ensino superior, pois apresenta como devolutiva uma atuação indireta também sobre as perspectivas profissionais e sobre o compromisso social relacionado a profissão (Souza e Brandalise, 2016). Os estudantes compreendem a relevância de conhecer as diversidades culturais presentes no país para entender melhor seus pacientes e colegas (Meireles et al., 2019). Nesse sentido, a oportunidade de ingresso da universidade pode ser tornar a capilarização da força de trabalho ao qual o serviço público precisa, chegando aos locais mais remotos, ou ainda, inserida para o contexto de onde esses acadêmicos venham.

No entanto, enquanto sociedade, essa sensibilização observada entre os acadêmicos oriundos de políticas sociais de democratização do ensino superior não pode ser restrita, pois será insuficiente para remodelar o cuidado em saúde para os mais vulneráveis. Portanto, faz-se importante que os cenários de prática favoreçam a formação de um profissional mais consciente do seu papel social, sendo necessário que haja incentivo e medidas capazes de modificar a realidade rumo a ações mais amplas em saúde (Araújo et al., 2007).

No âmbito da competência da gestão em saúde, apesar dos resultados apontarem um caminho sob o olhar de uma formação mais generalista por alguns acadêmicos ingressantes, os mesmos demonstraram ter um conhecimento superficial sobre a forma de atuação ou o motivo para necessidade do serviço de saúde dentro de uma perspectiva de formação generalista. E mais do que isso, que essa formação seja relacionada as reais necessidades da população e a capacidade de ser responsivo diante do sistema de saúde vigente no Brasil, o SUS. Conforme as DCN, espera-se que os médicos estejam aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde (Brasil, 2014).

No presente estudo, poucos discursos expressaram o interesse dos ingressantes voltado para o cuidado dentro da lógica de aprender o básico em diferentes níveis, e mais do que isso, especial formação para a atenção primária à saúde. As DCN deixam clara a importância de formar profissionais capazes de atuar nos diferentes níveis de atenção, sobretudo na

atenção primária, onde se encontra maior demanda (Meireles et al., 2019), e essa percepção pode ser difícil por diversos motivos, como por exemplo, falta de interesse dos estudantes, despreparo dos docentes e um sistema de saúde ainda em construção e desenvolvimento (Trindade e Vieira, 2009). No contexto deste estudo, com acadêmicos ingressantes, esse aspecto pode ser explicado em parte por uma escolha do curso relacionado a uma prática profissional liberal. Ao relatar que esperam saber o mínimo para serem responsivos fica claro a lógica de clínica privada em prática individual em um formato tradicional de atendimento médico, dividido em diagnóstico, tratamento e/ou reabilitação de doenças (Veras et al., 2020).

Observa-se que o ensino de saúde nem sempre atinge seu dever de cumprir com a formação generalista, e, portanto, recebe críticas. Um estudo mostrou que muitos estudantes já ingressam nas faculdades médicas com o anseio sobre a especialidade que irão seguir após a graduação (Araújo et al., 2007). Nesse sentido, ao verificar que mesmo que reduzido, alguns alunos têm uma percepção mais generalista, reforça a existência de mudança na lógica da profissão, mesmo que em velocidade aquém do esperado pelas DCN.

Deve-se deixar claro que no presente estudo, foi analisada o ideário formado previamente ao estabelecimento do eixo formativo, ou seja, trata-se da intencionalidade e expectativas dos estudantes. Apesar do ingressante poder saber informações sobre as potencialidades referente ao curso e/ou instituição de ensino superior escolhida, seja através da percepção de outros estudantes e ou médicos formados, o que em parte pode determinar, por exemplo, a escolha em cursar medicina especificamente na UEPG.

Nesse contexto, torna-se relevante ressaltar que o curso de Medicina da UEPG, ao contrário do que expressa estudantes em outra faculdade (Meireles et al., 2019), apresenta um projeto pedagógico do curso (PPC) com uma lógica de formação generalista ao longo da graduação. Isso pode ser explicado pela matriz curricular básica do curso, na qual estudantes estão inseridos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) desde o primeiro semestre. Espera-se que vivenciando a realidade local, a inserção na comunidade e no contexto social, propicie ao aluno conhecimento, habilidades e atitudes necessários à prática profissional em atenção primária a saúde (Araújo et al., 2007). No entanto, os resultados desta integração ensino-serviço-comunidade apresentam-se de forma gradual e lenta ao longo dos anos, e tende a aprimorar ao longo do tempo (Faé et al., 2016).

Sabe-se que a educação profissional é profundamente afetada pelo ambiente disponível para treinamento clínico (Araújo et al., 2007) e que a literatura traz, como estratégias pedagógicas defendidas para a aquisição de tal competência, a diversificação dos cenários de ensino- aprendizagem, os quais devem ser vividos pelos estudantes desde o primeiro período, e a utilização de metodologias ativas (Trindade e Vieira, 2009).

Nessa perspectiva, o processo de formação e a instituição de ensino devem estar bem articulados com o sistema de saúde e a rede de serviços em que o estudante irá se inserir para formar um profissional crítico e reflexivo capaz de proporcionar o cuidado na sua integralidade e em distintos níveis de atenção (Araújo et al., 2007). Ao verificar no presente estudo a intencionalidade discente, somada ao PPC dentro das perspectivas das DCN, espera-se a potencialização do efeito de um curso que atinja uma formação adequada às necessidades da população.

Embora conforme as DCN a competência da Tomada de Decisões compreende com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada (Brasil, 2014). No entanto, os discursos deixaram claro a valorização dos acadêmicos quanto a percepção do profissional com bom raciocínio clínico, desde a formulação de hipóteses diagnósticas até a compreensão do diagnóstico e seu tratamento assertivo. Esse pensamento, apesar de fundamental, é ainda superficial dentro do conceito da tomada de decisão presente nas

DCN.

Sendo assim, os discursos destacam ainda uma prática médica tradicional, de cuidado individual, ou dentro do contexto do modelo biomédico, tido como hegemônico (Buss, 1995). O raciocínio sem dúvidas é uma competência fundamental para a prática médica, mas hoje, entende-se que há diversas formas de relacionar o raciocínio clínico de forma mais abrangente, com uma prática mais contextualizada, em uma abordagem de clínica ampliada (Whitehead e Dahlgren, 1991). O contexto epidemiológico e social deve-se fazer presente ao raciocínio clínico, sendo complementar ao mesmo. Por meio dele deve-se estabelecer hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exames clínicos e contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (Brasil, 2014).

Outra competência não citada, que é necessária mesmo em uma lógica de cuidado individual, trata-se do papel do médico enquanto gestor. A competência de Gestão em Saúde, presente nas DCN, propõem uma formação dos profissionais aptos para o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (Brasil, 2014). Os gestores, ou seja, aqueles que ocupam cargos de direção nos sistemas locais de saúde, têm uma responsabilidade intransferível na gestão sistêmica do cuidado em saúde, sendo essa, normalmente, sua atividade mais visível e trabalhosa (Maués et al., 2018). Portanto, espera-se que o médico além de realizar a toma de decisão, seja um capaz de compreender a necessidade de seu papel na gestão da clínica ou a gestão do trabalho (Buss, 1995).

Apesar do presente estudo ter demonstrado algumas falas sobre a pretensão de uma formação mais generalista, como discutido anteriormente, fica evidente ainda resquícios de uma tendência a uma formação fragmentada, ao passo, que a formação na graduação pode parecer ainda insuficiente e/ou um passo da carreira para alçar novos voos. No entanto, questiona-se se o discurso sobre o interesse de interação com comunidade, por meio de projetos de extensão acima apresenta realmente um compromisso social ou se seria um meio apenas formativo e curricular para interesse individual de progressão na carreira e busca por especialização. Segundo Maués et al. (2018), a maioria dos egressos tende a escolher uma medicina especializada para atuar. Trindade e Vieira (2009), apontam que desejo de encontrar sempre o melhor, tanto na estrutura curricular ou na capacitação, mobiliza os alunos.

Na competência geral da educação em saúde, a principal abordagem estava dentro da educação permanente, e por isso, uma perspectiva restritiva ao que se compreende pelas DCNs. O conceito se refere a capacidade do médico em aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços (Brasil, 2014). Enquanto no modelo tradicional a medicina é especializada, no novo, preconizada pelas DCN, ela se mostra integrada, e preocupada com o paciente (Buss, 1995).

O enfoque na doença, o saber médico em uma lógica fragmentado de subespecialidade, demonstrada pelas disciplinas isoladas, além do enfoque na atenção hospitalar como único espaço de cura e de ensino, contribui na manutenção de uma perspectiva do preparo inadequado dos médicos para o exercício das suas funções profissionais, e ainda, a representação de um cuidado com alto custo e a incapacidade de se atender às reais necessidades da população. As DCN representam, desta forma, uma tentativa de romper com esse modelo tradicional de formação e introduzir o paradigma da integralidade (Buss, 1995).

Apesar de pertinente, a educação continuada para a manutenção e agregar novos conhecimento. Entende-se que a educação permanente, ou seja, aquela aplicada ao serviço de saúde e a remodelação das práticas se torna mais adequada. E por isso, deve ser estimulada desde a formação na graduação (Buss, 1995; Maués et al., 2018).

5. Conclusão e Considerações Finais

Apesar dos acadêmicos ingressantes de Medicina apresentarem uma perspectiva de competências no intuito de uma formação mais generalista e humanista, ainda faltam recursos importantes no pensamento da atenção aos demais requisitos mínimos para uma formação conforme as DCN dos futuros médicos. Sendo assim, os acadêmicos ingressantes apresentarem competências formativas com as DCN de Medicina, os discursos apresentam-se uma visão crítica, reflexiva e ética limitada para a prática profissional esperadas pelas DCN.

As competências relacionadas à valorização de cunho técnico e principalmente no raciocínio lógico para o diagnóstico, apresentaram-se centrada no cuidado de como recuperação e reabilitação, e pouco embasada no conhecimento sobre ações de prevenção e promoção, e numa perspectiva dos determinantes sociais da saúde. Os discursos apresentaram um cunho individualista, atendendo ao modelo biomédico, principalmente na lógica do trabalho liberal, sendo o âmbito coletivo pouco explorado, ou ainda, contextualizado às necessidades do sistema de saúde vigente no Brasil, o SUS. Sendo pouco presente a percepção da necessidade de uma formação integral, e um cuidado conforme os seus níveis de atenção.

Destaca-se ainda que os acadêmicos ingressantes por meio de ações afirmativas (cotas sociais), apresentaram maior preocupação com a responsabilidade social da profissão. Nesse sentido, os resultados encontrados podem refletir em parte, o pensamento da sociedade sobre o valor social do profissional médico.

Estudos futuros devem acompanhar como a implantação das novas DCN de Medicina impactaram positivamente na percepção, formação e na inserção dos médicos conforme às necessidades loco-regionais e no mercado de trabalho do Brasil.

Referências

- Araújo, D.; Miranda, M. C. C. & Brasil, S. L. (2007). Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev Baiana Saúde Pública*, 31(Suppl. 1), 20-31.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 de set.
- Brasil. (1996). *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Estabelece as diretrizes e bases da educação. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 23 de dez.
- Brasil. (2001). *Ministério da Educação*. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de nov. Seção 1, p.38.
- Brasil. (2004). *Secretaria-Executiva*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. (2014). *Ministério da Educação*. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de jun. Seção 1, p. 8-11.
- Buss, P. M. (1995). *Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Caracio, F. C. C.; Contemo, L. O.; Oliveira, M. A. C.; Oliveira, A. C. H.; Martin, M. J. S. & Braccialli, L. A. D. (2014). A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. *Ciênc Saúde Colet*, 19(7), 2133-42.
- Faé, J. M.; Silva-Junior, M. F.; Carvalho, R. B.; Esposti, C. D. D. & Pacheco, K. T. S. (2016). A integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil. *Rev ABENO*, 16(3), 7-18.
- Girardi, S. N.; Carvalho, C. L.; Maas, L. W. D.; Araujo, J. F.; Massote, A. W.; Stralen, A. C. A. V. et al. (2017). Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de medicina em Minas Gerais. Brasil: evidências de um experimento de preferência declarada. *Cad Saúde Pública*, 33(8), e00075316.
- Gomes, A. P.; Costa, J. R. B.; Junqueira, T. S.; Arcuri, M. B. & Siqueira-Batista R. (2012). Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. *Rev Bras Educ Med*, 36(4), 541-9.
- Maués, C. R.; Barreto, B. A. P.; Portella, M. B.; Matos, H. J. & Santos, J. C. C. S. (2018). Formação e atuação profissional de médicos egressos de uma instituição privada do Pará: perfil e conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais. *Rev Bras Educ Med*, 42(3), 129-45.
- Meireles, M. A. C.; Fernandes, C. C. P. & Silva, L. S. (2019). Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. *Rev Bras Educ Med*, 43(2), 67-78.

Merhy, E. E. (2005). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec.

Moura, A. C. A.; Mariano, L. A.; Gottens, L. B. D.; Bolognani, C. V.; Fernandes, S. E. S. & Bittencourt, R. J. (2020). Estratégias de ensino-aprendizagem para formação humanista, crítica, reflexiva e ética na graduação médica: revisão sistemática. *Rev Bras Educ Med*, 44(3), e076.

Neves, N.; Lemos, K.; Bitencourt, A.; Neves, F. S.; Nunes, C.; Neville, I. et al. (2006). Expectativa versus realidade na formação médica: o (des)encanto do estudante de medicina na formação. *Gaz Méd*, 76(2), 20-8.

Scheffé, M.; Cassenote, A.; Guilloux, A. G. A.; Miotto, B. L. & Mainardi, G. M. (2018). *Demografia Médica no Brasil 2018*. FMUSP, CFM, Cremesp.

Silva, M. L. A. M.; Amaral, E.; Machado, H. C.; Passeri, S. M. R. R. & Bragança, J. F. (2018). Influência de Políticas de Ação Afirmativa no Perfil Sociodemográfico de Estudantes de Medicina de Universidade Brasileira. *Rev Bras Educ Med*, 42(3), 36-48.

Souza, A. C. & Brandalise, M. A. T. (2016). Avaliação da política de cotas da UEPG: desvelando o direito à igualdade e à diferença. *Avaliação (Campinas)*, 21(2), 415-38.

Trindade, L. M. D. F. & Vieira, M. J. (2009). Curso de Medicina: motivações e expectativas de estudantes iniciantes. *Rev Bras Educ Med*, 3(4), 542-54.

Veras, R. M.; Fernandez, C. C.; Feitosa, C. C. M. & Fernandes, S. (2020). Perfil Socioeconômico e Expectativa de Carreira dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia. *Rev Bras Educ Med*, 44(2), e056.

Whitehead, M. & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, 338(8774),1059-63.