



ARTIGOS

COMPETÊNCIAS RELACIONADAS AO PERFIL DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS – UMA ANÁLISE DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM MINAS GERAIS

Juliana Goulart Soares do Nascimento¹

1- Universidade Federal de Juiz de Fora

RESUMO

O presente artigo visa discutir a relação entre as competências descritas pelos currículos médicos e suas mobilizações quando do exercício do trabalho no contexto do Programa Mais Médicos. Através de abordagem metodológica de natureza comparativa, buscou-se elucidar se há uma articulação entre as competências descritas no currículo de formação médica de cubanos e brasileiros e as de fato mobilizadas pelos mesmos durante a execução de seu trabalho dentro do Programa Mais Médicos. Observou-se que apesar de existirem vários pontos de convergência entre os dois currículos, ainda verificam-se atuações muito distintas na prática profissional, resultado este que abre a possibilidade de discussão sobre possíveis ajustes nas matrizes curriculares e/ou programas de educação continuada, ou ainda na prática docente, para que de fato elas atendam as competências estruturadas e descritas como ideais ao exercício da profissão.

Palavras Chave: Competências, Educação, Gestão, Mais Médicos, Saúde.

ABSTRACT

This article aims to discuss the relationship between the competencies described by the medical curriculum and their application when working in the context of the program “Mais Médicos”. Through methodological approach of comparative nature, it sought to elucidate whether there is a link between the competencies described in the curriculum of medical education of Cubans and Brazilians and the ones in fact applied by them during the execution of their work within the program “Mais Médicos”. It was observed that although there are many points of convergence between the two curricula, there are still very different roles in professional practice, a result which opens up the possibility of discussion about possible adjustments to the curriculum matrices and/or continuing education programs, or in teaching practice, so that in fact they meet the competencies structured and described as ideal for the exercise of the profession.

Keywords: Competencies, Education, Health, Mais Médicos, Management

Submetido em 7 de Novembro de 2016.

Aprovado em 7 de Abril de 2017.

Sistema de avaliação double blind review

INTRODUÇÃO

Este artigo busca discutir se o debate sobre competências, amplamente estabelecido nas ciências sociais aplicadas (BARBOSA, 2005; BARBOSA, 2008; PARENTE, 2008; LE BOTERF, 2003), encontra ressonância na mobilização dos profissionais médicos quando do exercício de suas atividades. Tendo como ponto de análise a implementação do Programa Mais Médicos no Brasil a partir de 2013 e seu lócus em Minas Gerais, traz consigo nuances da saúde brasileira em um ambiente de crescente complexidade dos processos de trabalho.

Da mesma forma, esta necessidade de adaptação se faz presente na saúde, mas não encontra facilidades para sua inserção na construção de políticas públicas. Após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil por meio das iniciativas dos órgãos coordenadores e financiadores e a partir das conferências nacionais de Recursos Humanos em Saúde (VIEIRA, 2005) a possibilidade de se construir um debate sobre o assunto ganhou força, mas ainda encontra dificuldades.

Nos principais estudos que estão sendo elaboradas sobre o Programa Mais Médicos (BARBOSA, 2015), observou-se que nestes artigos, alguns acadêmicos e outros de

cunho jornalístico, discute-se fundamentalmente: a constitucionalidade do Programa; o número de médicos envolvidos e a população a ser atendida; o pagamento dos médicos cubanos; as dificuldades advindas da língua; a capacitação e a competência dos médicos estrangeiros para o atendimento aos pacientes brasileiros dentro das normativas brasileiras; diferenças entre o ensino da profissão no Brasil e nos países de origem dos médicos que vieram participar do programa; o curso de preparação a que foram submetidos os médicos estrangeiros; a não submissão dos diplomas dos médicos estrangeiros ao Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras (REVALIDA), instituído pelo Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), conforme disposto na Portaria Interministerial nº 278/2011 (BRASIL, 2011).

Nesta perspectiva, analisar o Programa Mais Médicos pela lente das competências pode revelar se o conceito de competências e, por conseguinte, de competências médicas, permite desdobramentos fundamentados, aplicabilidade e resolutividade. Como estrutura argumentativa, no primeiro momento far-se-á uma prévia definição do

conceito com suas nuances e desdobramentos no campo médico. Posteriormente, a inserção do Programa Mais Médicos considerando o recorte em Minas Gerais, e o perfil dos profissionais e das competências colocadas em ação pode sinalizar caminhos e opções factíveis, visando minimizar as dificuldades de adoção de práticas de saúde mais compatíveis à realidade da saúde no Brasil.

Some-se a isso a forte discussão na mídia, na sociedade e nos órgãos de classe sobre a vinda, em especial, dos médicos cubanos para o Brasil. Nesta perspectiva e considerando que a proporção de adesão ao programa foi de 15,8% de médicos brasileiros, 79,7% de médicos cubanos e 4,4% de médicos de outras nacionalidades (MACHADO, 2015), faz-se aqui uma discussão das competências médicas através de uma análise comparativa entre o currículo médico cubano e o brasileiro. Na distribuição nacional dos médicos, o Estado de Minas Gerais tem atualmente 47,6 % dos seus municípios contemplados pelo Programa Mais Médicos, com a lotação atual de 1.057 médicos no Estado de Minas Gerais distribuídos em 406 municípios.

O percurso deste artigo propõe, em um primeiro momento, o entendimento conceitual de competências e sua inserção

na lógica do SUS. A partir desta apreensão apresenta-se a discussão das competências existentes nos currículos de formação de médicos brasileiros e cubanos, suas similitudes e suas divergências.

COMPETÊNCIAS: UMA BREVE SÍNTESE CONTEXTUAL DO DEBATE TEÓRICO

A “noção” de competência permite uma enorme variedade de entendimentos e não existe consenso sobre sua definição. Suleman (2003) considera sua definição “uma tarefa difícil, senão mesmo complexa, e não reúne um consenso entre os autores e os ‘actores’ envolvidos”. Repleta de nuances e detalhes, trata-se de uma noção amplamente utilizada nos campos da educação, formação profissional, economia e gestão, o que confere ao termo uma grande plasticidade.

Alguns analistas consideram competência uma noção imprecisa, com fortes marcas políticas e ideológicas e com ausência da ideia de relação social (HIRATA, 1994). Outros estudiosos, dentro dessa mesma linha, a veem como um paradoxo: embora sua determinação seja legítima e necessária, trata-se de uma questão insolúvel (SCHWARTZ, 1995).

Le Boterf (2003) apresenta o conceito de competência como sendo a evolução do

conceito de qualificação, noção predominante na década de 1970 que reconhece em uma ou em várias pessoas capacidades requeridas para exercer uma profissão, um emprego ou uma função. Tal conceito se desenvolve na década de oitenta do século passado, em um ambiente de alto desemprego e busca crescente de competitividade. Para este autor, refere-se à capacidade de combinar recursos incorporados à pessoa (como conhecimentos, habilidades, qualidade, experiências, capacidades cognitivas, recursos emocionais) e recursos presentes no meio (como bancos de dados, redes de especialistas, redes documentais).

Boyatzis (1982), por sua vez, afirma que as competências são características subjacentes ao indivíduo, que o levam a resultados efetivos e/ou a uma performance superior no trabalho. O autor enfatiza que essas características subjacentes podem ser conhecidas ou não pelo indivíduo e podem ser motivadas por uma autoimagem percebida, pelo papel social exercido ou pelo conhecimento adquirido.

Remetida ao plano individual, é possível identificar três grandes eixos portadores de concepções distintas acerca de como são definidas e identificadas as competências. O primeiro eixo concebe a competência como

uma "característica profunda de um indivíduo em relação a um desempenho eficaz e/ou superior em um posto ou situação dada" (SPENCER e SPENCER, 1993).

Um segundo eixo está associado ao Management Charter Initiative (M.C.I.), projeto do National Council for Vocational Qualifications (N.V.Q.) e do Scottish Council for Vocational Qualifications (S.C.O.T.V.E.C.), entidades que implementaram uma iniciativa governamental com o propósito de estabelecer padrões mínimos de desempenho em nível nacional. A abordagem britânica está voltada à definição de tarefas e a descritores de resultados, esse último considerado o elemento que materializa, de fato, as competências (MERTENS, 1996).

O terceiro eixo remete à tradição francesa, cujas características diferenciais, podem ser vislumbradas em duas instâncias: a visão do tema e as práticas preconizadas. No que se refere à visão, Geffroy e Tijou (GEFFROY e TIJOU, 2002) identificam quatro pontos básicos na forma como as empresas francesas concebem a gestão de competências: a competência é uma abordagem de natureza estratégica; é o motor do desempenho empresarial, juntamente com a organização e a gestão; é

o resultado de uma dupla evolução, tanto da organização quanto da gestão; e é própria a cada empresa, departamento ou unidade de negócios.

A produtividade está presente também na discussão proposta por Zarifian (2003), mostrando que a mesma está relacionada a efeitos práticos, a partir de transformações efetivas. Assim, o conhecimento só se torna produtivo quando de seu uso no exercício da inteligência prática. Ou seja, não é possível aplicar o conhecimento e, sim, mobilizá-lo para a compreensão da situação a que se está exposto. Em uma de suas proposições sobre a definição de competências, Zarifian (2008) diz que “é ‘o tomar iniciativa’ e o ‘assumir responsabilidade’ do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara”; objetivando que, ao se assumir uma responsabilidade, o indivíduo precisa necessariamente envolver-se com o trabalho e, ao envolver-se, é capaz de iniciar algo novo, ou seja, tomar iniciativa.

Nesta mesma linha, Fleury e Fleury (2001) constroem o conceito de competência, definindo-a como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”. Definição esta em

que expõem que a competência sugere saber o que se está fazendo e o porquê desta atitude, quais recursos seriam mobilizados; e que conhecimentos e experiências serão necessários transmitir e reorganizar a partir dos novos elementos de cada situação, comprometendo-se com a ação tomada e observando-a dentro de um contexto amplo do meio em que se insere.

COMPETÊNCIAS NO SUS E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

De forma concensual na literatura, observa-se a dificuldade dos municípios em atrair e fixar os médicos de Saúde da Família nas áreas mais carentes do país, seja por questões salariais, seja pela inexistência de infra estrutura de suporte em regiões menos favorecidas. Consequentemente, passou a prevalecer má distribuição dos médicos disponíveis dentro do território brasileiro.

Nas áreas com a população mais pobre é que tinha-se proporcionalmente o menor número de médicos para o atendimento da população, conforme dados do IBGE e dados primários do CFM de 2012 (BRASIL, 2015), apresentando disparidades como 3,46 médicos por 1.000 habitantes no Distrito Federal enquanto havia 0,58 médico por 1.000 habitantes no Maranhão. Esse quadro levou o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015),

a constatar que entre 2002 a 2012, o somatório dos médicos formados no Brasil atendeu 65% da demanda brasileira, atingindo um déficit de 53 mil médicos no período.

Em uma tentativa de minimizar este déficit, em julho 2013, através da Medida Provisória nº 621 (BRASIL, 2013) e regulamentado pela Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013), foi criado o Programa Mais Médicos. O programa tem como premissa atender ao princípio da equidade de acesso ao SUS, tendo a Atenção Básica como porta de entrada preferencial. Através do Programa Mais Médicos, houve o recrutamento de médicos brasileiros e estrangeiros, para atuar em áreas identificadas como de maior necessidade.

Para além da contratação destes médicos, tida como uma dimensão de resposta emergencial e imediata, o programa ainda prevê a abertura de novas vagas para a graduação e para a residência médica no país, para garantir ações sustentáveis ao longo do tempo. Houve ainda a implantação de um novo currículo com foco no cuidado integral à saúde. Com estas ações o programa propõe ampliar sua atenção de 1,8 médico/1.000 habitantes de 2013 para 2,7 médicos/1.000 habitantes em 2026 (BRASIL, 20015).

Segundo a Lei do Mais Médicos, estabelece-se que o primeiro grupo de prioridade para ocupar as vagas do Programa são os médicos com registro no Brasil (sejam eles brasileiros ou estrangeiros, formados no Brasil ou no exterior, desde que tenham o registro no Brasil), o segundo grupo de prioridade é composto por médicos brasileiros formados no exterior mas ainda sem registro no Conselho Regional de Medicina (CRM); e, por fim, o terceiro grupo, composto por estrangeiros com habilitação para exercer a medicina em seus países porém sem registro no CRM.

O Programa contempla três eixos: Provisamento Emergencial, em que os médicos brasileiros e estrangeiros foram chamados a ocupar as vagas de áreas com maior necessidade e vulnerabilidade; Educação, com a abertura de mais vagas de graduação e especialização além da criação do Cadastro Nacional de Especialistas, para que se possa ter reunido as principais informações sobre os especialistas que tem-se no país e onde eles estão atuando; e Infraestrutura, que visa melhorar a infraestrutura das unidades básicas de saúde já existentes e construir mais unidades, além da informatização das unidades bem como dos pontos eletrônicos.

É importante destacar que, para o eixo de Provimento Emergencial, as áreas classificadas como prioritárias foram definidas através dos seguintes critérios: áreas com percentual elevado de população em extrema pobreza; baixo índice de desenvolvimento humano ou regiões muito pobres; semiárido e região amazônica; áreas com população indígena e quilombola; e locais com grande dificuldade de atrair e fixar profissionais (BRASIL, 2015).

O Programa apresenta os seguintes objetivos: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e

médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2015).

De forma geral, o Programa identificou a necessidade de cuidar do déficit de provimento de profissionais médicos; um mercado de trabalho predatório e contexto de baixo investimento nos trabalhadores; necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis; infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde; e necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica (BRASIL, 2015).

AS DIRETRIZES CURRICULARES E A INSERÇÃO DAS COMPETÊNCIAS

Os perfis de formação analisados foram assim feitos através do método de procedimento comparativo, como descrito por Lakatos e Marconi (2011), o qual busca explicação para um fenômeno e traz a possibilidade de traçar analogias entre estruturas ou mesmo explorar elementos dentro de uma mesma estrutura.

A comparação entre os dois currículos se deu metodologicamente com a busca entre as informações que delineiam o currículo cubano e o brasileiro. No caso cubano investigaram-se as determinações traçadas atualmente pelo Ministério da Educação Superior bem como através de uma busca da perspectiva histórica desta construção no país. No caso brasileiro exploraram-se as diretrizes curriculares nacionais concebidas pelo Ministério da Educação para o novo currículo de medicina do país.

O método descrito prevê segundo Lakatos e Marconi (2011) a análise do dado concreto, na busca pelas semelhanças e divergências de elementos em um mesmo estágio ou não de desenvolvimento. Dado isto, justifica-se o fato da busca pela perspectiva histórica da construção e implementação dos dois currículos em seus respectivos países.

Desta forma, alinhando os elementos curriculares de formação com os perfis de profissionais formados, apresentam-se os casos brasileiro e cubano e sua análise comparativa em consequente.

O CASO BRASILEIRO

Com as crescentes discussões sobre o currículo médico e seu atendimento as demandas dos pacientes, a Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2015) traçou

importantes reorientações para a formação do currículo das escolas de medicina. Assim, com a implantação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina tem-se hoje como perfil do graduado em Medicina (BRASIL, 2013):

o médico é o profissional com formação geral, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Para atender a todos os princípios e diretrizes do SUS, o Ministério da Educação formulou e instituiu, como forma de regulamentar e orientar a formação dos médicos no Brasil, as competências médicas, fazendo a divisão entre três áreas de competência: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. Para cada área de competência, têm-se subáreas, que, por sua vez, compõem-se de ações-chave e os respectivos desempenhos que o médico deve ter em cada uma delas.

Para a área de competência de Atenção a Saúde têm-se duas subáreas:

I. Atenção às Necessidades Individuais de Saúde, com as ações-chave:

a. Identifica Necessidades de Saúde – desempenhos: realiza história clínica, realiza exame físico, formula hipóteses e prioriza problemas, promove investigação diagnóstica;

b. Desenvolve e Avalia Planos Terapêuticos – desempenhos: elabora e implementa plano terapêutico, acompanha e avalia planos terapêuticos;

II. Atenção às Necessidades Coletivas de Saúde, com as ações-chave:

a. Investiga Problemas de Saúde Coletiva – desempenhos: analisa as necessidades de saúde de grupos e as condições de vida e de saúde de comunidades, acessa e utiliza dados secundários, estabelece diagnóstico de saúde e prioriza problemas segundo critérios estabelecidos.

b. Desenvolve e Avalia Projetos de Intervenção Coletiva – desempenhos: participa da discussão e construção de projetos de intervenção em coletivos, estimula a inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes, promove o desenvolvimento de planos orientados aos problemas prioritizados, participa da

implementação de ações, participa da avaliação dos projetos.

Para a área de competência de Gestão em Saúde têm-se duas ações-chave:

I. Organiza o Trabalho em Saúde – desempenhos: identifica problemas no processo de trabalho, elabora e implementa planos de intervenção.

II. Acompanha e Avalia o Trabalho em Saúde – desempenhos: gerencia o cuidado em saúde, monitora planos e avalia o trabalho em saúde.

Para a área de competência de Educação em Saúde têm-se três ações-chave:

I. Identifica necessidades de aprendizagem individual e coletivas – desempenhos: estimula a curiosidade e o desenvolvimento da capacidade de aprender com todos os envolvidos, e identifica necessidades de aprendizagem próprias.

II. Promove a construção e socialização de conhecimento – desempenhos: mostra postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática, escolhe estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, orienta e compartilha conhecimento com as pessoas, e estimula a construção coletiva de

conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho.

III. Promove o pensamento científico e crítico e apoia a produção de novos conhecimentos – desempenhos: utiliza os desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico; analisa criticamente fontes, métodos e resultados; identifica a necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde e em medicina; e favorece ou participa do desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas.

Dentre as outras nacionalidades estão: argentinos, uruguaios, venezuelanos, peruanos, espanhóis, mexicanos, hondurenhos, dominicanos, alemães, portugueses, holandeses, e italianos, em um total de 48 países participantes do programa. Por assim ser, fez-se o recorte de análise comparativa apenas entre os currículos de Cuba e Brasil, já que são estas as nacionalidades mais expressivas em números.

O CASO CUBANO

Os médicos cubanos têm seu currículo construído com base nas características do Sistema Nacional de Saúde e da Atenção Primária de Saúde. Assim, tem uma

formação generalista com aptidões humanistas, com fortes traços de promoção da saúde e prevenção, conduzidas em sua aplicação por competências diagnósticas, terapêuticas e comunicativas, além de transpor o olhar para o paciente além do indivíduo, na busca por suas relações familiares, na comunidade e com o meio ambiente. E pode-se compreender que de fato assim o são realizados uma vez que, quando olhamos os trabalhos executados pelos médicos cubanos, como nos exemplos já citados, dentro do Programa Mais Médicos, encontramos todas estas competências mobilizadas.

Procedendo com uma análise histórica do currículo cubano é possível compreender como chegou-se nestas competências e porque são tão consistentemente repassadas aos estudantes. O primeiro currículo é de 1728 e sofreu sua primeira grande reforma em 1824. Após a Revolução, em 1959 a universidade coloca em vigor o currículo de 1942. É em 1960 que um grande passo é dado para a vertente curricular atual: neste ano que se iniciou a construção do sistema de saúde, com o planejamento de suas políticas. Ocorre, com a criação do Ministério da Saúde Pública (MINSAP), que, em 1962 iniciaria o sistema de residências médicas no país e a Lei de Reforma do Ensino Superior. Esta trouxe a formação

social e humanista que percebemos hoje como fortes competências dos médicos cubanos, através de novas disciplinas como Ciências Sociais, História da Medicina, Ética, Metodologia Estadística, Organização da Saúde Pública, Inglês, Economia e Medicina Legal (BRASIL, 2014).

Em 1963, outro grande passo foi dado, com a entrada em vigor do novo currículo conhecido como “Plan Baeza”. A partir de então, teve-se a distribuição de cinco anos de formação teórico-prática e, no sexto ano, houve estabelecimento do internato. Um ano depois, instituiu-se outros dois direcionamentos que estão muito presentes nas competências mobilizadas atualmente pelos médicos cubanos, a medicina preventiva e os programas de promoção da saúde no Sistema Nacional de Saúde (SNS). Em 1969, através do “Plan Integrado”, um novo currículo de estudos foi implantado. A este credita-se um grande salto qualitativo na educação médica cubana, mas, por compreendê-lo como muito complexo em sua aplicação, esteve em vigor apenas até 1978 (PEREA, 2012).

Na década de 70, o Sistema Nacional de Saúde inseriu o Modelo de Medicina Comunitária. Foi em 1976, com a Criação do Ministério da Educação Superior, que instituiu-se a subordinação dos centros de

educação médica ao MINSAP. Foram então criados quatro Institutos Superiores de Ciências Médicas e nove Faculdades Independentes de Ciências Médicas. Este passo possibilitou a correlação direta entre o ensino, a prática e a saúde pública no país. A partir dos intercâmbios acadêmicos realizados com França, Suécia, União Soviética, Checoslováquia, Canadá, Inglaterra e Estados Unidos, começou-se em 1983 uma nova reforma no currículo médico cubano, que entrou em vigor em 1985, com o enfoque na atenção primária, na promoção da saúde e prevenção das enfermidades (PEREA, 2012).

O perfil do profissional médico em Cuba está descrito como um médico com competências diagnósticas e terapêuticas, capaz de contemplar a atenção integral através da promoção, prevenção, cura e reabilitação do indivíduo, da família, da comunidade e do meio ambiente; utilizando-se dos métodos clínicos e epidemiológico, com enfoque social; portando valores éticos, humanísticos, solidários e de atitude cidadã; chamados a transformar a situação da saúde, em consonância com as exigências da sociedade (ILIZÁSTIGUI et alli; 1985).

O desdobramento do perfil do egresso de medicina em cuba, bem como toda a sua evolução curricular histórica, traz essa

identidade bem delimitada durante os seis anos de curso como observado pelas análises feitas por Aguilera (2015). Observa-se que no currículo atual tem-se disciplinas no primeiro ano como Introdução MGI, Filosofia y Sociedad I, Promoção da Saúde, Filosofia e Sociedad II; no segundo ano, tem-se a presença das disciplinas de Prevenção da Saúde, Medicina Comunitária; no quinto ano tem-se Medicina Geral Integral, Saúde Pública. Disposição esta de disciplinas que mostra a presença do caráter de promoção da saúde e prevenção de doenças e a compreensão do indivíduo como parte integrante de um todo, considerando sua família, sua comunidade e o meio ambiente.

RESULTADOS PRELIMINARES

O currículo médico brasileiro, com sua última alteração publicada no Diário Oficial da União em 20 de junho de 2014, através da Resolução Nº 3 (BRASIL, 2014), teve como uma das principais alterações o estágio obrigatório no Sistema Único de Saúde, na atenção básica e no serviço de urgência e emergência. Tal mudança pode corroborar com uma maior mobilização das competências correlacionadas ao atendimento dos usuários de Programa de Saúde da Família, através de competências específicas listadas pelo MEC como “atuar

nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primários e secundários”, “atuar em equipe multifuncional” e “ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento de saúde”.

Como conteúdos curriculares, que assim como em Cuba, podem ajudar na aproximação entre o perfil exposto e o de fato exibido pelo médico formado, as novas diretrizes trazem: a compreensão dos fatores sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais que interferem no processo de saúde-doença, com um olhar sobre o individual e o coletivo; abordagem de temas transversais no currículo, que versem sobre Direitos Humanos, Educação Ambiental, Ensino de Libras, Educação das Relações Étnico-raciais e História e Cultura Afro-brasileira e Indígena.

É possível realizar uma comparação entre as principais características constantes no perfil esperado do graduado em medicina em Cuba e no Brasil. Em Cuba, as principais características versam sobre o médico generalista integral, que tenha competências para a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades, a realização de diagnósticos, além de competências

terapêuticas e de reabilitação, com ênfase no indivíduo, família e comunidade. No Brasil, o perfil versa sobre um profissional com formação geral, humanista, crítica e reflexiva, e que baseado em princípios éticos, faça a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.

Observa-se que, em tese, o perfil do profissional a ser formado é praticamente o mesmo. Pode-se traçar, então, como hipótese para que os mesmos tenham características pouco semelhantes quando formados, o vínculo durante toda a formação, bem como no desenho do currículo em Cuba com o Sistema Nacional de Saúde, o que não ocorre no Brasil. É possível que, com a obrigatoriedade do novo currículo do estágio obrigatório no SUS, haja uma aproximação dos formandos com as proposições do sistema.

Percebe-se assim, que, com a atualização curricular, o Brasil dá um passo adiante na formação de médicos voltados para a atenção primária como fonte de construção de um sistema de saúde com profissionais capacitados e dedicados a mesma; e tendo-a como fim, e não meio, em sua trajetória de carreira. Mas é preciso trazer as apreciações do modelo curricular cubano com as devidas considerações para a realidade brasileira, de

modo que possamos apreender suas bases transversais e aplicadas, voltadas fortemente para a atenção primária. Além de observar o retorno nos municípios em que os médicos cubanos estão inseridos – e promovendo programas com adesão das comunidades – e que trazem resultados claros de saúde para os municípios.

Observa-se em Minas Gerais, à luz de relatos acerca do Programa, que, independente das barreiras de línguas e diferenças de formação, hoje os médicos cubanos têm obtido forte adesão da população nos projetos que propõem dentro dos municípios, trazendo experiências exitosas na interação com a população. Casos como a “Campanha Novembro Azul de Alterosa”, em que foram realizadas palestras sobre a saúde do homem e mutirões para a realização de exames; “Caravana da Saúde em Bandeira”, com ações de prevenção e promoção da saúde, alcançando usuários que possuem dificuldades para chegar até a Zona Urbana e, conseqüentemente, diminuindo o fluxo de usuários nas unidades de saúde; “Barão de Cocais”, em que a equipe de saúde e a população perceberam alterações nos padrões anteriores com maior pontualidade do médico cubano, assiduidade, comprometimento com o trabalho e exame detalhista dos pacientes, o que trouxe maior

confiança entre usuários e equipe de saúde; “Bela Vista de Minas”, em que foi percebido pela população um atendimento humanizado e acolhedor realizado pela médica cubana, e que, com o trabalho de promoção, prevenção e recuperação dos pacientes, trouxe para o município resultados como decrescente procura aos serviços de urgência, controle dos níveis pressóricos e glicêmicos e adesão ao tratamento; “Carbonita”, em que o médico cubano trouxe sua experiência de tratamento de doenças parasitárias ao trabalhar com uma população Africana para a população com a qual atua hoje, estabelecendo forte vínculo de confiança com a equipe e com a população (COSEMSMG, 2015)

Em vários dos relatos é possível observar que experiências anteriores dos médicos cubanos em outros países não são difíceis de encontrar. E os relatos de atenção aos pacientes quando dos exames, com escuta atenciosa e exames detalhados, além de comprometimento com o trabalho são presenças constantes nas experiências exitosas. Assim, ao proceder com a análise comparativa dos currículos foi possível verificar as posições de fortalecimento de cada um, bem como as vertentes de formação que com certeza contribuem fortemente para a posterior mobilização das

competências médicas quando da atuação junto à população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo procurou discutir a relação entre as competências apreendidas pelos médicos durante sua formação e suas mobilizações quando do exercício do trabalho no contexto do Programa Mais Médicos. Para tanto, utilizou-se de uma análise comparativa entre os currículos para o ensino da profissão médica em Cuba e no Brasil. A escolha de Cuba para esta análise comparativa baseou-se na relevância das discussões observadas na sociedade quando da vinda dos médicos cubanos para participar do Programa Mais Médico, além de sua relevância em percentual de médicos que compõem o quadro do Programa, sendo tomado em 79,7% pelos mesmos.

Observou-se que os currículos se assemelham em vários aspectos como perfil do egresso, competências descritas e conteúdos curriculares. Sobre o perfil do egresso, os dois currículos abordam como grandes características a formação de um médico generalista integral, que tenha competências para a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades. O perfil ético, humanista, reflexivo e crítico também está presente, assim como a observação do

indivíduo como ser que integra uma unidade familiar, uma comunidade e um meio ambiente.

Este perfil se reflete nos conteúdos curriculares dos dois países, com nomenclaturas diferentes, mas versando sobre os temas de Direitos Humanos, Sociedade e Cultura, Saúde Pública, Sociologia e Educação Ambiental dentre outros, afirmando a necessidade de uma medicina que possua um olhar sobre a Atenção Primária dos indivíduos e das comunidades como base para a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

O enfoque sobre as competências de Gestão e Educação também estão presentes na formação médica dos dois países. A diferença é a forma como Cuba conseguiu imprimir todas as competências desenhadas no currículo no egresso de medicina. O Brasil ainda caminha neste sentido. Muito desta forte identificação entre o currículo e a mobilização das competências médicas cubanas pode dever-se ao fato da construção histórica e conjunta entre o currículo médico e o Sistema de Saúde Cubano, onde as evoluções caminharam conjuntamente, não abrindo espaço para as disparidades conceituais.

Tal fato pode ser observado no relato de várias experiências exitosas dos médicos cubanos participantes do programa, com a exposição de características como: envolvimento com a comunidade; detalhamento no diagnóstico; atenção à história de vida do indivíduo; integração das equipes de saúde, e criação e efetiva participação em campanhas de promoção e prevenção, obtendo resultados relevantes para a saúde dos municípios, com forte adesão dos usuários aos tratamentos.

O Brasil dá agora um passo importante neste sentido. A implantação das novas diretrizes curriculares, de forma muito clara, demonstra como os cursos de medicina devem abordar o perfil do egresso, com a explanação das três áreas de competência, sendo elas: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde, suas ações-chave e o desempenho esperado dos médicos em cada uma destas ações-chave. Com isso, será possível uma reformulação e readequação dos Projetos Pedagógicos dos Cursos na direção do atendimento integral das diretrizes.

Compreende-se, portanto, que o resultado advindo desta pesquisa traz novos elementos e olhares ao debate do serviço de saúde prestado para a população. Incorporando uma dimensão comparativa

em referência as competências descritas e mobilizadas pelos médicos no Programa Mais Médicos, fomentando análises sobre possíveis novas competências que tenham sido mobilizadas pelos médicos estrangeiros e que ainda não estão prescritas como fundamentais para os médicos brasileiros, mas que possam vir a trazer resultados reais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILERA ET ALLI. Cronología de los mapas curriculares en la carrera de Medicina. *Educación Médica Superior* 2015; 29 (1):93-107.

BARBOSA, A C. Q e Goulart, J. S. N. Estado atual das publicações e pesquisas sobre o Programa Mais Médicos [conferência]. Goiânia: Congresso da Abrasco, 2015.

BARBOSA, A. C. Q et alli *Gestão de Competências: da Experiência Organizacional à Proposta Setorial e/ou por Categorias Profissionais – Um Estudo de Modelos Setoriais e/ou por Categorias Profissionais no Brasil* [relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: UFMG/CNPq, 2008.

BARBOSA, A. C. Q. *Competências no Brasil: um olhar sobre os modelos organizacionais de grandes empresas de Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo* [relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: UFMG/CNPq, 2005.

BOYATZIS, R. *The competent manager: a model of effective performance*. New York, Wiley, 1982.

BRASIL. Lei nº 12.871/2013 de 22 de outubro de 2013. Dispõe sobre a instituição do Programa Mais Médicos e dá providências. *Diário Oficial da União* 2013; 22 out.

BRASIL. Medida Provisória nº 621 de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a instituição do Programa Mais Médicos e dá providências. *Diário Oficial da União* 2013; 8 jul.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 278/2011 de 17 de março de 2011. Dispõe sobre Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos. *Diário Oficial da União* 2011; 17 mar.

BRASIL. Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Resolução Nº 3 de 20 de junho de 2014. Dispõe sobre Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2014, 20 jun.

COSEMSMG. *Revista COSEMS/MG* [periódico na internet]. 2015 [acessado em 2015 Março04]; Disponível em: <http://www.cosemsg.org.br/arquivos/revistas/revistacongresso2015conasems.pdf>

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. Construindo o conceito de competência. *RAC* 2001; (Ed. Especial): 183-196 (188).

GEFFROY, F. TIJOU, R. *Le management des compétences dans les entreprises européennes*. Paris: INSEP, 2002

HIRATA, H. *Da polarização das qualificações ao modelo de competência* IN FERRETI, C. J. et alli (org) *Novas tecnologias, trabalho e educação*. Petrópolis: Vozes, 1994.

ILIZÁSTIGUI Dupuy F, CALVO Vieta I, Douglas PEDROSO R. *El Programa Director de la Medicina General Integral para el Médico General Básico* [Folleto]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1985.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Metodologia científica. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LE BORTEF, Guy. Desenvolvendo a competência dos profissionais. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MACHADO, Maria Helena; CAMPOS, Francisco & LIMA, Nisia. Em Defesa do Mais Médicos – Centro Brasileiro de Estados de Saúde [site]. 2015 [acessado 2016 Março 18]; Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/01/em-defesa-do-mais-medico>

MERTENS, L. Sistemas de competencia laboral: surgimento y modelos. Resumen Ejecutivo. México: Guanajuato, 1996.

PARENTE, C. Competências formar e gerir pessoas. Porto: Edições Afrontamento, 2008.

PEREA, Ramón Salas; MAINEGRA, Arlene Salas. La educación médica cubana. Su estado actual. Revista de Docencia Universitária, 2012; 10(número especial): 293 – 326.

SCHWARTZ, Y. De la qualification à la competence. Le développement des compétences. Analyse du travail et didactique professionnelle. Education permanente 1995; (123): 115-124.

SPENCER, L. M. Jr e SPENCER, S. M. Competence at work: models for superior performance. England: John Wiley, 1993.

SULEMAN, F. A produção e valorização das competências no mercado de trabalho [tese de doutoramento]. Lisboa: ISCTE/Universidade de Bourgne, 2003.

VIEIRA, M. A Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde. In: F. O. Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Textos de Apoio em Políticas de Saúde 2005; 99-116.

ZARIFIAN, P. O Modelo da Competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: Editora Senac, 2003.

ZARIFIAN, P. Objetivo competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2008 (68)..

Contato

Juliana Goulart Soares do Nascimento
Universidade Federal de Juiz de Fora - campus avançado de Governador Valadares.
E-mail: jugoularts@hotmail.com