

MUDANÇAS E TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO MÉDICA NA UFRN-NATAL-BRASIL.

Avance de investigación en curso

GT: 19 – Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos em la población.

Antonia Núbia Oliveira Alves de Souza¹

Lore Fortes²

Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – PPGCS^{1,2}

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN^{1,2}

Resumo:

O curso de medicina da UFRN apresenta característica semelhante às escolas médicas brasileiras, forma profissional com deficiência na atuação e compromisso social. Em 2002, instituiu-se a reforma curricular, que trata da interligação entre disciplinas, humanização e aproximação de docente-discente-paciente. Estudo de abordagem qualitativa utilizou entrevistas e grupo focal e técnica de análise de conteúdo. Objetivou identificar aspectos de mudanças que pontuam para a tríade do processo formador. Na relação docente-discente, os diálogos e interações pessoais. Os estímulos ao exercício da profissão aparecem entre discente-paciente. A supremacia, a carência do formador e do formando ao escutar e acolher o paciente como aspecto negativo. Incipientes diálogos entre a tríade que busca, positivamente, gotejar uma formação mais humana e pessoal dos futuros médicos.

Palavras-chave: Mudanças; Formação Médica; Diálogos.

INTRODUÇÃO

Em virtude do cenário de mobilizações provocado pelas reivindicações populares advindas dos mais variados segmentos da sociedade, nos meses de junho e julho, 2013, o Brasil acordou em meio a uma efervescente onda de manifestações que se estendeu por todo o país. Essas pressões resultaram de vozes afinadas e bem sincronizadas reivindicando seus direitos e exigindo os deveres dos seus representantes no Congresso Nacional. Em resposta aos pedidos insistentes das ruas, medidas imediatas vêm sendo estudadas, pontuadas e votadas, com certa urgência, como, por exemplos, a PEC-37¹ e os royalties do pré-sal; este último em processo de votação, distribuído para saúde e educação. Dentre as inúmeras solicitações presentes nas manifestações, podemos citar a melhoria do serviço de saúde e mais médicos para a população.

Devido a esses acontecimentos, no último dia 08 de julho de 2013, o governo da Presidente Dilma Rousseff lançou, no Palácio do Planalto, o “Programa Mais Médico para o Brasil”, que caracterizou como prioridade a atuação dos profissionais de saúde nas periferias das grandes cidades e nos municípios do interior, principalmente aqueles mais distantes no país, como os das regiões Norte e Nordeste (MEDEIROS, 2013). Dessa tomada de decisão mais urgente, resultou a divulgação da contratação de médicos estrangeiros para atuarem, junto aos brasileiros, no país com contrato provisório de três anos. Essa questão vem levantando protestos pelos representantes da categoria.

Julgamos interessante abrir um parêntese para pontuar as pretensões resultantes das novas propostas do governo, em que o curso de medicina passaria por um enxerto de mais dois anos somados

¹ PEC-37 Proposta de Emenda Constitucional que propunha reduzir o poder de investigação do Ministério Público Federal.

aos seis de formação, chamado de segundo ciclo, para conclusão; nesse período, o estudante seria obrigado a atuar no Sistema Único de Saúde-SUS, para, em seguida, ser diplomado médico. Esse procedimento, segundo fontes do próprio governo, entraria em vigor a partir de 2015, embora ainda não tenha sido efetivado, apenas divulgado. No entanto, as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN's para o curso de medicina ainda se encontram em processo de adequação, haja vista que a proposta inicial instituída, em 2001 (BRASIL, 2001), foi resultado, segundo Almeida et. al (2007, p.157), de uma importante mobilização dos educadores da área da saúde no País e entendida como reflexo das tendências internacionais que propunha inovações na formação dos profissionais de saúde.

Argumentar ou contextualizar a atuação do médico no Brasil significa estimular uma situação que se encontra em ebulição procurando o momento oportuno para eclodir. Diante disso, este artigo surgiu do interesse em retomar as discussões que, hoje, explodem através das manifestações populares, para compreender os argumentos resultantes de congressos, encontros, fóruns, simpósios e reuniões entre outros para lembrar a conquista das modificações nas DCN's em 2001. No entanto, há mais de uma década, vem-se tentando entender as reais mudanças propostas pelas diretrizes, os benéficos trazidos e/ou deixados no ambiente da formação médica e da prestação de serviços.

As transformações sociais, ansiadas pelos gestores e formadores médicos, se apresentam de forma obscura, deixando, apenas, pequenos resíduos de alterações pontuadas por meio de artigos publicados recentemente (Dias et al., 2013; Amorim e Araújo, 2013) com questões referentes às experiências sobre avaliação e o sentido das competências no Projeto Político-Pedagógico - PPP de algumas instituições de ensino. Salientamos que esses pontos, quase imperceptíveis, vêm sendo percebido, de forma sucinta, em âmbito local. Assim, deixemos as argumentações nacionais para outra oportunidade, e vamos enveredar pelo curso de formação de médicos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Esse curso tem características igualitárias às demais escolas médicas brasileiras, e também prioriza ambiente hospitalar como campo de ensino e forma profissional carente de compromisso social, mas segue tentando caminhar com o intuito de obter os benefícios almejados pela reforma curricular em vigor desde 2002.

Nesse sentido, as propostas empregadas no projeto pedagógico focalizam-se na interligação de conhecimentos entre disciplinas, sugestões humanizadoras e aproximação entre docente-discente-paciente. Contudo, consideramos que cada proposta elaborada e implantada no PPP do curso de medicina é interdependente entre si e por isso, determinamos, como propósito do presente artigo, identificar os aspectos que pontuam as proximidades entre a tríade dos sujeitos envolvidos no processo formador de médicos.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

No que tange aos preceitos éticos, podemos enfatizar que esta publicação faz parte dos dados coletados em uma pesquisa mais ampla, aprovada pela Plataforma Brasil (CAAE: 02688912.5.0000.5537) e Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN (Parecer nº 99.298) em 2012.

Trata-se de uma pesquisa fundamentada em uma abordagem qualitativa, com caráter fenomenológico pelo fato dessa abordagem metodológica permitir compreender os significados que permeiam as ações dos indivíduos (Alves et al., 2009, p.555), ou seja, situações em que os fenômenos tendem à individualidade e dos quais é preciso explicar sempre a especificidade que os circundam. Entretanto, priorizamos, também, a construção do conhecimento a partir do elemento existencial, mas sem esquecer-se da importância da cientificidade.

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), tendo como participantes três docentes, sendo duas professoras e um professor, além de dez discentes do sexto período, divididos em seis do sexo masculino e quatro do feminino, todos vinculados ao HUOL-UFRN, no período de maio a junho de 2013, através de critérios de inclusão. Todavia, não foram incluídos os docentes que ministram

disciplinas de caráter específico, ou seja, isoladas, apenas os que atuam nos módulos integrados (precisamente no eixo - ético humanístico). Quanto aos discentes, foram selecionados os que se matricularam nesses módulos, devido ao objetivo da pesquisa, haja vista que os discentes que cursam disciplinas isoladas podem interferir no alcance do objetivo da investigação. Outro critério utilizado, para escolha dos discentes, foi a disponibilidade voluntária em participar da pesquisa.

A amostra ocorreu de forma intencional com o intuito de abarcar o problema em suas múltiplas dimensões, seguindo critérios que foram priorizados devido à disponibilidade e o interesse em dialogar sobre a temática abordada (FONTANELLA ET AL., 2008). Ademais, a delimitação amostral se deu por meio da técnica de saturação, empregada quando são detectadas repetições e respostas redundantes (NUTO ET AL., 2007 p. 681).

Para a obtenção de coleta dos dados, foram utilizadas as técnicas de entrevista não estruturada, para os docentes, e a observação participante conjuntamente com grupo focal para os discentes. As entrevistas fizeram-se necessárias por permitir captar o sentido amplo da comunicação verbal, haja vista que essa técnica consiste em uma das mais usadas no processo de pesquisa de campo. Quanto à aplicação da técnica de grupo focal, foi necessária ser realizada junto aos discentes, pela disponibilidade dos mesmos e, por se apresentar como instrumento mais pertinente ao debate e à dinâmica empregada para os temas de discussão.

A organização dos diálogos foi conduzida por um moderador e a pesquisadora, além da utilização de um tópico guia com questões norteadoras como: Diante das mudanças ocorridas desde 2002, até os dias atuais, o que você(s) observa(m) como aspectos positivos e/ou negativos no projeto pedagógico do curso de medicina-UFRN? O que pode ser percebido nas interligações entre os conteúdos ministrados, as discussões temáticas e os eixos de formação do currículo? Essas questões serviram de aporte direcional para o debate entre os participantes e o encontro teve duração média de 30 minutos. Seguindo o que preconiza os estudos acerca da validação da aplicabilidade do grupo focal, referentes à utilização de seis a quinze pessoas como um módulo recomendável, podemos referendar o material coletado como válido (RESSEL ET AL., 2008; ALVES ET AL., 2009).

Alguns cuidados essenciais foram tomados, previamente, para o encontro, como confirmação antecipada do local, preparo da sala (iluminação, ventilação, número de cadeiras, espaço adequado para a realização das técnicas), manutenção do gravador (pilhas), seleção do material específico para o encontro e organização do ambiente.

Para Schrader (apud Minayo, 2007, p. 129), a aplicabilidade dessa técnica se fundamenta:

“porque no âmbito de determinados grupos sociais atingidos coletivamente por fatos ou situações específicas, desenvolvem-se opiniões informais abrangentes, de modo que, sempre que entre membros de tais grupos haja intercomunicações sobre tais fatos, estes se impõem, influenciando normalmente na consciência e no comportamento dos indivíduos” (SCHRADER, 1978,98).

A pesquisa abordou a temática mudança no processo de formação médica, pautando-se na seguinte questão norteadora: Como se identificam as tendências de mudanças (na visão dos docentes e discentes) no processo de formação médica? No que tange à observação participante, foi inserida como parte essencial para o processo e finalidade da investigação científica. Esse instrumento serviu para apreender as conversas informais, gestos, comportamentos e expressões que foram captados e anotados no diário de campo.

Em seguida, o material coletado foi devidamente direcionado para transcrição na íntegra, priorizando as características das falas e o anonimato dos participantes através de pseudônimos escolhidos por eles próprios, sendo de filósofos para os discentes, e letras maiúsculas para os docentes, gerando assim, um acervo de nove páginas resultante da aplicação do grupo focal e seis referentes à entrevista não estruturada.

O percurso de análise deste trabalho tomou como referência, para o tratamento dos dados, a técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin (1977; p. 38), que a define como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, tendo como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados. Nesse sentido, e com ideias semelhantes, Minayo, (2007, p. 199); Coutinho, (2001, p. 100); Chizzotti, (2006, p. 98 apud Mozzato, 2011, p. 735), afirmam que “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”. Ressaltamos, porém, a importância dos aspectos preeminentes nas falas e captados através da análise para, em seguida, identificar e classificar as informações decompostas em categorias (Bardin, 1977, p.117), seja demonstrando o sentido de uma comunicação no momento do discurso, seja revelando os significados dos conceitos em meios sociais diferenciados (MINAYO, 2007, p.199; COUTINHO, 2001, p.99).

Na visão de Vergara (2005, p.287), a análise de conteúdo é constituída como uma técnica que trabalha os dados coletados, objetivando a identificação do que está sendo dito a respeito de determinado tema, por isso existe a necessidade da descodificação do que está sendo comunicado. Para tanto, a descodificação dos documentos utilizados nesta pesquisa, seguem os procedimentos apropriados e condizentes com o material analisado, ou seja, o uso da análise de categorias, aqui denominada de análise temática categorial. Com isso, Bardin (1977; p.102) relata que o processo analítico dos dados se organiza em diversas etapas inseridas em três fases que se fundamentam na significação dos dados coletados.

No que se refere à esquematização da primeira fase, destacamos a *pré-análise* que compreende as seguintes etapas: leitura flutuante; formulação de hipóteses e objetivos e a referência dos índices e elaboração dos indicadores resultantes do material de análise.

A leitura flutuante se deu de forma livre e após a transcrição do material coletado. Quanto à formulação de hipóteses e objetivos, foram construídos após a seleção das unidades de análise e mediante as categorias surgidas depois das codificações que serviram de suporte à interpretação dos dados e ao diálogo com os autores que sustentam o referencial teórico do estudo (ALVES ET AL., 2009, p. 557).

No que tange à segunda fase, enfocamos a *exploração do material* que prioriza a constituição do corpus; definição das categorias e a identificação das unidades de análise. Essa fase, segundo Bardin (1977, p.102) corresponde à descrição analítica referente ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado e orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são essenciais nessa fase da pesquisa.

O corpus foi composto por 13 entrevistas resultantes do material coletado junto aos docentes e discentes e organizadas de maneira que respondesse às normas de validade, como: exaustividade - que contempla todos os aspectos levantados na discussão; representatividade - que contém a representação do universo pretendido; homogeneidade - que obedece a critérios precisos de escolha em termos de tema, técnicas e interlocutores; e pertinência - que deve estar adequado aos objetivos do trabalho (BAUER, AARTS, 2002, p. 39).

A respeito da construção das unidades de análise, podemos destacar que elas se constituíram após leitura flutuante do corpus, resultando nas primeiras definições das categorias emergentes (empíricas) que foram codificadas. A codificação e os recortes foram se evidenciando após a decomposição do corpus e a codificação dos temas, a partir dos quais o material foi agrupado em subcategorias. Em relação à categorização, o corpus foi agrupado em dois conjuntos de categorias: Tendências de mudanças e Incipientes mudanças e cinco subcategorias: realidade social; aprender a aprender (avaliação); competências (saber fazer); atitudes grupais – positivas e atitudes individuais – negativas, todas reunidas por afinidade.

A última fase diz respeito ao *tratamento dos resultados, inferência e interpretação*, processo ocorrido em função dos significados das unidades qualitativas mediante o processo de categorização *a posteriori* (empírica) que se deu por meio do surgimento de categorias que, ao final, permearam a

interpretação dos dados e a aproximação com os autores que foram utilizados como suporte teórico para a pesquisa (ALVES ET AL., 2009, p. 558).

Em consonância com o que determina as regras de procedimentos éticos em pesquisa, foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, no qual constavam esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, a participação voluntária, a preservação da identidade dos entrevistados, informando-lhes, ainda, que não sofreriam nenhum tipo de interferência em seu desempenho profissional e ou material, e que estavam totalmente isentos de qualquer custo, conforme prevê a Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996; 2009).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados geraram dois tipos de análise: uma baseada nos dados levantados com as entrevistas dos docentes; a outra embasada nas respostas adquiridas, junto aos discentes, após a aplicação da entrevista por grupo focal.

A categorização dos dados se deu pelo processo de identificação dos temas advindos de análises específicas resultantes de 76 unidades de análise. Com isso, tornou-se possível construir, por meio de um aprofundamento analítico, as subcategorias apresentadas, a priori, pela tabela 1, que se caracterizam pelos subtemas: realidade social; aprender a aprender (avaliação); competências (saber fazer); atitudes grupais – positivas e atitudes individuais – negativas, na visão dos docentes. Quanto à tabela 2, foram utilizados os mesmos subtemas fundamentados nos mesmos critérios, ressaltando, apenas, que os dados adquiridos foram através dos discentes.

Essa explicação foi necessária, já que visava esclarecer a importância da separação dos dados no processo de análise devido às experiências e momentos vividos pelos docentes envolvidos na implantação do PPP em 2002. Diferentemente dos discentes relacionados na pesquisa atual que pertencem à sétima turma de ingresso² após a implementação da reforma curricular instituída pelas DCN's em 2001.

De acordo com os resultados analisados, segue a tabela 1:

Distribuição das categorias e subcategorias identificadas no processo de formação médica referente aos aspectos de mudanças na visão dos docentes

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Nº UNIDADE DE ANÁLISE (n)
Tendências de mudanças	realidade social	07
	aprender a aprender (avaliação)	05
	competências (saber fazer)	06
Incipientes mudanças	atitudes grupais - positivas	08
	atitudes individuais - negativas	04

Analisando as informações anotadas e observadas juntamente com as falas da maioria dos docentes (de um total de 30 unidades de análise), encontramos um dado referente à faixa etária desses profissionais que estão entre os 45 e/ou 60 anos de idade, tendo um tempo médio de atuação na docência de 15 a 25 anos. Sendo assim, entendemos que o conhecimento prévio, as discussões e a experiência oriunda das tendências de mudanças já circulavam antes mesmo de a política de humanização (na formação médica) entrar em vigor. Dessa forma, os discursos sobre o processo de humanização na formação médica se apresentaram de forma contundente e embasados no que preconiza as DCN's, conforme segue:

² Os discentes que estão participando dessa pesquisa encontram-se no 6º período do curso e ingressaram no ano de 2009.

“... as tendências de mudanças partiram das lutas por melhorias e das próprias instituições. Com isso as diretrizes surgiram para contribuir com a mudança latente e reivindicada há tempos. Elas serviram de orientação às tendências... e que profissional precisa ser formado, ou seja, com característica generalista; humanista; ético e que tenha condições psicológicas e sociais de trabalhar em equipe” (MF).

Desses discursos, foi possível captar elementos que caracterizam as definições que possuem acerca da configuração estruturada pelas DCN's e compactuada com as ideias defendidas por Almeida et al. (2007, p. 157), quando evidencia “a necessidade de profissionais com uma formação que compreenda a integralidade”, que saibam incluir as chamadas “tecnologias leves”, também denominadas de tecnologias da interação, da escuta, do olhar e que consideram o acolhimento e produzem autonomia.

No que tange ao aspecto das relações sociais, partimos do pressuposto relatado por Almeida Filho (1997, p. 9), corroborado por Amorim e Araújo (2013, p.143) quando discorrerem sobre o domínio “real” do corpo docente no processo formador (a participação da maioria dos professores e disciplinas/áreas do saber envolvidos na formação médica) e estratégias pedagógicas que favoreçam o desenvolvimento da competência moral (ou seja, que envolvam vários docentes e disciplinas, utilizem metodologias ativas, desenvolvam o bem pensar e se baseiem na realidade vivida pelos estudantes). Nesse sentido, ficou nítida, na fala de um docente, a relevância da relação social em lidar com a profissão,

“(...) quando atentamos para o outro, mantemos vivos as relações sociais e o convívio ético, seja ele para o médico ou para outra profissão. Tudo se baseia no respeito coletivo” (AV).

Almeida (2006, p. 27) buscou suporte em alguns autores como: Rabelo (1996; 2000); Castanho e Castanho (2000); Romão (1998); Dolors Quinquer (2003) entre outros, para fundamentar a concepção de avaliação a respeito dos possíveis tipos ou modelos empregados nesse conceito. Dessa forma, encontrou um consenso entre os estudiosos consultados sobre o papel da avaliação como um *continuum*, que se apresenta de um lado, por meio de uma opinião, que corresponde a um juízo sobre determinado fenômeno e por outro, a tomada de decisão a partir do juízo estabelecido.

Sendo assim, consideramos importante salientar que, dentro das tendências de mudanças, foram identificados aspectos condizentes com a realidade vivida pelos docentes e isso ocorreu devido às experiências e às necessidades de retomar a noção de aprender a aprender, ou seja, retornar e aprender a prática pedagógica. Para fundamentar nossas ideias, sobre essa temática, buscamos suporte nos argumentos de Barbosa (2012, p. 03) quando define que o ato de avaliar pode significar um conjunto de ações, de escolha dos sujeitos educacionais, que auxilia no acompanhamento do processo de ensino e aprendizagem dos estudantes e do próprio professor, não estando preso aos processos ocorridos somente na interação educador-educando.

Desse modo, foi observado, na subcategoria aprender a aprender (avaliação), que a relevância da adequação advinda de estímulos aos docentes permitiu a capacitação para a questão da pedagogia do ensino médico, possibilitando, assim, um diálogo pertinente referente ao avaliar e ser avaliado, conforme revela as falas a seguir;

“A avaliação consolidada como compromisso, responsabilidade e qualificação dos profissionais direcionam as ação adequadas ao avaliar o processo de ensino e aprendizagem na formação do professor” (JB).

“(...) se consideramos (...) que a avaliação é um processo da aprendizagem na formação do professor conseguiremos sair das tendências e chegaremos às verdadeiras mudanças”(JJ).

Para iniciar a reflexão sobre o termo competências, amplamente discutido no 49º COBEM (2011); XXVIII ALAS (2011) e 10º ABRASCO (2012), buscamos compreender os diferentes sentidos que o termo assume, como categoria que pretende nortear a educação do século XXI. Para isso nos remetemos ao conceito defendido por Núñez e Ramalho (2004, p.14) ao afirmarem que organizar um currículo em termos de competências significa preparar os estudantes para um saber fazer reflexivo e crítico, no contexto de seu grupo social. Ao ampliar os esclarecimentos sobre o termo citado, os autores acrescentam ainda que,

Na dinâmica das novas formas organizativas da política de formação profissional, o conceito de competência emerge como uma noção básica que procura unir operativamente teoria e prática. Isso, quando se assume que toda teoria tem implicações práticas e toda habilidade prática tem uma teoria, implícita ou não, que a sustenta, fazendo-se necessário conhecê-la para fundamentar o agir profissional. Essas exigências conduzem o entendimento do termo competência para um sentido mais compreensivo do que meramente técnico (NÚÑES E RAMALHO, 2004, p. 16).

No entanto, a noção de competência, aqui enfocada, organiza-se num eixo orientador da formação profissional, sendo um conceito estruturante dos processos formativos. Assim, o papel desempenhado pelo docente assume uma relevância consciente quanto à sua responsabilidade conforme relata Bar (1999, citado por Núñez e Ramalho, 2004, p. 17) ao destacar que, para se compreender as competências, é preciso entendê-las como a capacidade de fazer com saber e com consciência sobre as consequências desse fazer, ou seja, toda competência compõe-se de conhecimentos, modos de fazer, valores e responsabilidade pelos resultados do feito. Nesse sentido, os depoimentos de docentes entrevistados ressaltaram a importância de querer saber fazer seu papel com competência. Isso foi notado na fala seguinte:

“A meu ver as competências são construídas em formação com a ética, seja ao sabor do dia-a-dia, seja pela necessidade de capacitar-se diante de cada situação singular ou plural” (PA).

Diante desse cenário, garimpamos noções denominadas aqui de incipientes mudanças, no processo de formação médica. Nesse sentido, os diálogos e relatos capturados junto aos docentes de forma desprendida, apresentaram aspectos de cunho positivos e negativos referentes à dinâmica e, ao mesmo tempo, um retrocesso destoante das propostas determinadas pelas DCN's ao curso de medicina da UFRN.

Na tentativa de esclarecer melhor os pontos que permeiam o eixo norteador da categoria incipientes mudanças, no que se refere às atitudes grupais, enveredamos por caminhos que demonstram a importância do desprendimento docente.

Para isso, buscamos suporte nos argumentos de Azevedo e Bezerra (2006, p. 91-5) quando,

“Relatam a importância de se estabelecer um diálogo entre docentes e estudantes em prol de um planejamento conjunto preestabelecendo os limites dos objetivos a serem atingidos, as metodologias a ser empregadas e a discussão dos critérios a serem considerados, assim como os pontos positivos e os que precisam ser melhorados”.

Nessa perspectiva, o diálogo ressalta e fundamenta a necessidade essencial de se trabalhar em grupo.

“Quando fazemos com que uma disciplina converse com outra, o resultado demonstra uma abordagem capaz de produzir trabalhos criativos e de excelente qualidade, além do rendimento no aprendizado” (AJ).

Entretanto, o aspecto resultante das atitudes negativas, de alguns docentes, ao invés de causar proximidades entre a tríade envolvida no processo formador, aumentou o distanciamento. Com isso causa sentimentos de insatisfação aos que se empenham em fazer dialogar as disciplinas e buscam reconstruir, de fato, os meios que direcionam as diretrizes do curso.

Ressaltamos que o material adquirido e utilizado como resultado para a análise da subcategoria atitudes individual - negativas, priorizou os relatos de opinião, unicamente, dos docentes envolvidos na pesquisa.

Dessa forma, as reflexões acerca das atitudes negativas são demonstradas como pontos entravantes para o progresso evolutivo dentro do processo formador e, diante disso, foram observadas falas que representam os sentimentos dos docentes:

“O estímulo e a persistência são termos fundamentais dentro da uma iniciativa livre ou coletiva, principalmente, quando tratada em benefício do outro. Por isso, vigilância permanente em defesa do eixo ético humanístico... que sofre prejuízo na sua relevância perante aos demais eixos” (HM).

É salutar registrar que, segundo os dados analisados, foi identificado um volume significativo de discursos recheados de ideias e proposta inovadora. Essas pequenas iniciativas regam o campo das atitudes positivas resultando em incipientes mudanças. Dessa forma, não podemos nos ater a um caminho definido, mas há um direcionamento voltado para a perspectiva da transversalidade, fazendo-se necessário compreender os diferentes objetos de conhecimento, possibilitando, assim, a referência a sistemas construídos na realidade do estudante. Azevedo e Bezerra (2006, p. 91) fundamentam os argumentos supracitados por meio do artigo intitulado: Avaliação da aprendizagem: uma estratégia inovadora na disciplina Anatomia Humana. O artigo trata de um relato de experiência, aplicado pelos docentes acerca de mecanismos inovadores e empregado através de um processo contínuo de construção voltado para a aprendizagem, para os resultados e para a autoavaliação.

De acordo com a conjuntura e organização da categorização dos dados (resultado das 46 unidades de análise) foi feita uma releitura de cada categoria encontrada. E, desse processo, surgiram às subcategorias resultantes do aprofundamento e da compreensão analítica demonstrada na tabela 2.

Distribuição das categorias e subcategorias identificadas no processo de formação médica referente aos aspectos de mudanças na visão dos discentes

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Nº UNIDADE DE ANÁLISE (n)
Tendências de mudanças	realidade social	09
	aprender a aprender (avaliação)	12
	competências (saber fazer)	12
Incipientes mudanças	atitudes grupais - positivas	10
	atitudes individuais - negativas	03

Dos discursos dos discentes, extraímos elementos que caracterizam e fundamentam o direcionamento para as tendências de mudanças, segundo Lampert (2009, p. 32), ainda que de forma pontual, e acerca do processo de mudanças definido, de certa forma, pelas práticas que norteiam a humanização na saúde.

Nessa perspectiva, o posicionamento de Caprara e Franco, (2006 apud Deslandes, 2006, p. 85-108) retrata o processo comunicativo diante do que acontece no contexto das relações preestabelecidas por modelos de assistência cristalizados e acriticamente reproduzidos. No entanto, já percebemos que as relações sociais vêm demonstrando possibilidades de reorganização dos padrões vigentes, de um vir-a-ser distinto a partir de novas ações e problematizações dos sujeitos.

Concordando com os argumentos de Caprara e Franco (2006 apud Deslandes, 2006, p. 85-108), Araújo (2004, p. 65) acrescenta que a proposta de educação dialógica se fundamenta em um processo coletivo de trabalho, sendo consistente a interação entre os sujeitos (tutores, estudantes, professores, comunidades, pacientes), ou seja, as relações entre eles devem ser horizontais e democráticas, plurais e criativas. Assim, alguns desses aspectos podem ser observados nos relatos abaixo:

“O direcionamento para o conhecimento é extremamente importante, mas o contato, as relações sociais e o parecer do paciente são... para mim, mais gratificante” (CONFÚSIO).

Em se tratando do aspecto aprender a aprender (avaliação), observamos que, no decorrer dos diálogos, pontos semelhantes se aproximaram e passaram a refletir o mesmo direcionamento das ideias referentes ao processo avaliativo pautado no que se aprende em sala de aula. Na direção contrária desse argumento, Romanowski e Wachowicz (2003, apud Azevedo e Bezerra, 2006, p. 91) sustentam propostas baseadas em práticas e em um processo de aprendizagem propriamente dito, o qual é pessoal e particular, tendo em vista o fato de que os estudantes aprendem diferenciadamente, em tempo, estilo e estratégias que lhes são próprias. Nessa perspectiva, Castanho e Castanho (2000, apud Almeida, 2006, p. 28) definem que a avaliação é como uma espécie de retroalimentação do processo de ensino. Desse modo, podemos enfatizar que, nas falas dos discentes, foram identificadas explicações condizentes com as informações, captadas junto ao professor ou por meio do que foi descrito em sala de aula sobre o assunto abordado.

“Quando encontramos um professor que nos avalia na integra, considera todo o aspecto formador, sabemos que a troca de conhecimento ultrapassará os argumentos de sala de aula” (CAPRA).

“Aprender a aprender... depende do interesse, responsabilidade, dedicação, compromisso e retorno juntamente com uma avaliação condizente com a realidade vivida pelo estudante...” (EMPÉDOCLES).

O último aspecto relacionado às tendências de mudanças ressalta o termo competência, pontuada na visão do discente. Para tanto, faz-se necessário compreender o novo sentido desse termo. Em linhas gerais, entendemos como um processo recíproco, visto que ele pode ser captado sob a ótica do “dar e receber”, ou seja, a partir do momento em que o docente ministra conteúdos direcionados para uma formação competente e agrega a esse processo, atitudes corroborativas para o desenvolvimento pessoal e profissional do discente, ele está assumindo uma postura condizente com que está recebendo. Perrenoud (2000b, p. 19 apud Núñez e Ramalho, 2004, p.20-1) nos adverte para a importância dos três elementos que circundam a competência; são eles: saberes; condutas e esquemas de ação. No entanto, o interesse em destaque neste artigo, privilegia a noção dos saberes, ficando a discussão dos outros termos para artigos futuros. Desse modo, julgamos pertinente focar a relevância dos saberes como componentes das competências, eles são representados como: saber teórico, saber sobre o contexto, saber-fazer-técnico, saber-fazer-operativo, saber-fazer em relação aos procedimentos e saber social. Ressaltamos ainda, três tipos de capacidades percebidas pela competência no ponto de vista do autor; são elas:

- capacidade de transferir os conhecimentos, habilidades e destrezas;
- capacidade de resolver problemas em uma função produtiva;
- capacidade para obter resultados de qualidade.

Baseando-se no que foi explanado anteriormente, recorreremos aos diálogos captados pelos discentes sobre essa subcategoria.

“Vejo a competência como um caminho a ser trilhado, recebemos orientações, ensinamentos, exemplos a ser seguidos, mas depende de nós mesmos, se queremos ser ótimos profissionais ou se preferimos ser bons profissionais...” (HERÁCLITO).

Numa perspectiva similar ao desfecho tratado na categoria tendências de mudanças, enveredamos por caminhos semelhantes, mas conscientes ao adentrar na categoria incipientes mudanças sob a ótica dos discentes. Aqui ressaltamos a importância de identificar os aspectos que permeiam as possíveis mudanças advindas do processo de formação do médico, na UFRN pontuando as subcategorias; atitudes positivas e negativas. Diante disso, é compreensível entender que as mudanças necessitam e exigem atitudes, modificações de hábitos arraigados e precisam libertar-se das amarras fortemente protegidas pelas rotinas da instituição e/ou pelos grupos corporativos.

Assim, pontuamos pequenas evoluções no processo ensino-aprendizagem determinadas por poucos desbravadores desse campo em desenvolvimento. As experiências e metodologias relatadas por autores como: Almeida et al. (2007, p. 164); Azevedo e Bezerra (2006, p. 94-6) e Amorim e Araújo (2013, p.144) são algumas contribuições positivas que vêm coadunar com as ideias de Maturana (1998 apud Liberalino, 2004, p.43) quando descreve:

“É preciso que a educação universitária possibilite uma formação que comprometa o futuro profissional com uma inserção na sociedade de forma dialógica, não apenas com um bom técnico, mas com um cidadão, capaz de associar-se ao outro e posicionar-se de forma crítica, o que se contrapõe a esta atual tendência” (MATURANA, 1998, p. 13)

Os desafios se apresentam de forma contundente, no entanto, de acordo com o que citou Maturana (1998, apud Liberalino, 2004, p.43), a necessidade de uma imposição ou de associar-se ao outro fez surgir atitudes grupais - positivas, no corpo discente investigado, que contribui para evidenciar as possíveis modificações no processo de reflexão em prol do futuro médico, conforme demonstra a fala a seguir:

“Ao desenvolver atividades em grupo, identificamos o empenho de cada membro. Isso é possível verificar quando todos são beneficiados. Acredito que o partilhar experiências e conhecimentos são algumas das boas contribuições para nossa formação” (HIPÓCRATES).

Atentas às mudanças e tendências, muitas instituições têm lançado mão dos pilares de sustentação tradicional para adentrar nas propostas pedagógicas que, segundo Amorim e Araújo (2013, p.144) envolvem o estudante de forma ativa, incentivando e permitindo a reflexão, o debate, a confrontação de ideias e opiniões, além de relacionar questões e problemas da vida real. Esse modo de organização parece surtir mais efeito na formação moral do que nas tradicionais aulas expositivas inovadoras que circundam a formação médica.

No entanto, partimos do pressuposto de que a mudança paradigmática, embora mais próxima, ainda se apresenta com uma nebulosidade superior ao desejo de que venha a se concretizar. Desse modo, o caminho que perpassa pelo viés que circunda o aspecto atitude negativa, encontra-se impregnado na estrutura predominante do contexto de mercado, de trabalho e de oferta dos serviços.

Tudo isso voltado, predominantemente, para as especialidades e para os atendimentos compartimentalizados. Contudo, os discursos identificados nas atitudes negativas pontuam um fator, (em pauta nos congressos, artigos, fóruns e debates) relevante atualmente e que compromete as pseudomudanças em andamento, ou seja, o sexto período do curso de medicina, considerado como o gargalo, o entrave no processo evolutivo da formação médica com nuances de humanização. As falas dos discentes representam bem esse impasse no andamento do curso.

“... devemos priorizar o religar dos saberes, o refletir sobre o processo da educação e que tudo isso permite apreender em conjunto. É verdade, mas no contexto geral, isso faz parte das discussões do início do curso... quando entramos no sexto (período), a coisa muda. Tudo é mais real, mais cobrado e... o ensino torna-se mais fragmentado mesmo” (ARISTÓTELES).

Enfim, somos conscientes de que esta pesquisa, apesar de apresenta restrições quanto a uma discussão mais aprofundada sobre cada categoria identificada, demonstra pontos relevantes quanto aos argumentos dos docentes e discentes no que tange aos aspectos que permeiam o processo de formação médica da UFRN através dos diálogos captados. Mesmo assim, esperamos que este estudo sirva de estímulo ao corpo docente e discente visando adotar as ideias que subsidiam as tendências de mudanças e as incipientes mudanças identificadas como proposta para aproximar não só as disciplinas, mas também o diálogo entre a tríade (docente-discente-paciente) ampliando assim, o gotejamento, de maneira positiva, para uma formação humana e pessoal dos futuros médicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem diversos entendimentos acerca do que podemos discorrer ou definir sobre a concepção de mudança. Muitos autores a definem como o efeito de mudar-se, modificar-se, transformar-se ou alterar-se, mas o intuito aqui foi tornar conhecidos os vestígios de mudanças, na ótica do docente e do discente, ambos inseridos no contexto do processo da formação médica instituído, desde 2002, após a implantação do Projeto Político-Pedagógico do curso de medicina – UFRN. Baseando-se nos aportes que sustentam as fundamentações básicas do currículo do curso, enfatizamos que este se autodefine como um currículo em ação, ou seja, em constante avaliação, por isso, em permanente processo de mudança.

Quanto aos resquícios de mudanças encontrados neste texto, entendemos que eles são resultantes de nortes construídos através das relações entre docente-discente, discente-paciente e paciente-discente-docente, todos priorizados pelos diálogos e pelas interações pessoais, pelos estímulos ao exercício da profissão e por um fato negativo que destoia do processo de formação em evolução: a presença de supremacia e carência do formador e do formando em relação ao escutar e acolher o paciente. Embora ainda seja possível verificar situações contrárias às propostas de mudanças, alguns pontos, considerados positivos, se aliam e caminham em direção a uma formação necessária para o desenvolvimento da função de médico capaz de responder aos desafios encontrados no percurso profissional.

Nesse contexto, portanto, podemos enfatizar que as discussões relatadas não têm caráter definitivo, mas fornecem subsídios que podem auxiliar ou contribuir, de forma adequada, aos propósitos do processo de formação voltado para o ensino e aprendizagem. Desse modo, julgamos oportuno reafirmar pontos encontrados como referência de mudanças no decorrer das análises desta pesquisa e que sinalizaram para aspecto das tendências de mudanças que podem ser utilizadas para evoluir e agregar conceitos pertinentes, tais como: as relações sociais, baseadas no relacionar-se e/ou respeitar o outro; a avaliação, a noção de aplicabilidade das competências em função do direcionamento para uma formação de cunho responsável e orientada pela valorização social e uma reconstrução do ideário de curso de formação que todos esperam.

Ressaltamos, ainda, que o processo de formação médica demonstra, embora pouco perceptível, uma incipiente mudança. Nesse sentido, tanto o docente quanto o discente descrevem o caminho do processo formador/formando como tarefa árdua. No entanto, ambos se posicionam de forma democrática, entendendo os seus papéis e os direitos e deveres que precisam ser seguidos para compatibilizar interesses no que se refere aos aspectos das atitudes positivas e negativas em prol de uma formação mais humanizada.

Este trabalho não pretende esvaziar as discussões relatadas, mas mostrar, de forma contundente, os aspectos contribuintes para um deslanchar das mudanças no processo formador, decorrente do que vem acontecendo através de reflexões e atuações nas práticas docentes e no andamento concreto do que venha a ser uma formação médica humanizada tão cobrada e imposta ao estudante de medicina atualmente.

REFERÊNCIAS

- MEDEIROS, T. (2013). *Saúde Brasileira*. Governo anuncia Programa “Mais Médicos”. <http://drauziovarella.com.br/noticias/governo-anuncia-programa-mais-medicos/>. Recuperado em 09 de julho de 2013.
- BRASIL. (2001). MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.4, CNE/CES de 7/11/2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38. <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Recuperado em 10 de julho de 2013.
- ALMEIDA, Márcio José de et al.(2007). Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2007, vol.31, n.2, pp. 156-165.ISSN 0100-5502.
- DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. (2013). A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.6, pp. 1613-1624. ISSN 1413-8123.
- AMORIM, Karla Patrícia Cardoso e ARAUJO, Elkanah Marinho de. (2013). Formação ética e humana no curso de medicina da UFRN: uma análise crítica. *Rev. bras. educ. med.*[online], vol.37, n.1, pp. 138-148. ISSN 0100-5502.
- ALVES, Antonia Núbia de Oliveira et al. (2009). A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de medicina da UFRN - Natal - RN - Brasil. *Rev. bras. educ. med.*[online], vol.33, n.4, pp. 555-561. ISSN 0100-5502.
- FONTANELLA, Bruno José Barcellos et al. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* [online], vol.24, n.1, pp. 17-27. ISSN 0102-311X.
- NUTO, Sharmênia de Araújo Soares et al. (2007). Aspectos culturais na compreensão da periodontite crônica: um estudo qualitativo. *Cad. Saúde Pública* [online], vol.23, n.3, pp. 681-90. ISSN 0102-311X.
- RESSEL, L. B. et al. (2008). O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2008, 17(4): 779-786.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (10ª Ed.). São Paulo: Hucitec.
- BARDIN, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- COUTINHO, Maria da Penha Lima. (2001). *Depressão infantil: uma abordagem psicossocial*. João Pessoa – PB: Editora Universitária; p. 100.
- MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da Administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 15, n. 4, p. 731-747.
- VERGARA, Sylvia Constant. (2005). *Método de pesquisa em administração*. São Paulo: Editora Atlas; 287p. ISBN 85-224-3963-X.
- BAUER, M.W.; AARTS, B.A. *Construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos*. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G., (eds.). (2002). *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático*. Petrópolis - RJ: Vozes; p. 39 63.
- BRASIL. (1996). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm. Recuperado em 07 de agosto de 2013.
- BRASIL. (2009). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 421, de 18 de junho de 2009. Modifica o inciso VIII-1 da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2009/Reso421.doc>. Recuperado em 07 de agosto de 2013.
- ALMEIDA FILHO N. (1997). Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.2, n. 1/2, pp. 5-20. ISSN 1413-8123.
- ALMEIDA, Maria Doninha de. *Para discutir avaliação escolar a serviço da aprendizagem*. In: GOMES, Carmozi de Souza. (Org.). (2006). *Tecendo saberes e compartilhando experiências sobre avaliação*. Natal/RN: EDUFRN, 104 p. (Coleção Pedagógica; n. 8).
- BARBOSA, Flávia R. Pinto. (2012). *Avaliação da Aprendizagem na Formação de professores: estão os futuros professores preparados para avaliar?* In: ANPEDSUL (SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL), 9, 2012, Porto Alegre: UFRGS, p. 03. <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/2082/587>. Recuperado em 12 de julho de 2013.
- NÚÑES, Isauro B.; RAMALHO, Betânia L. *Competência: uma reflexão sobre o seu sentido*. In: OLIVEIRA, Vilma Q. Sampaio F. de. (Org.) [et. al.]. (2004). *O sentido das competências no projeto político-pedagógico/UFRN*. (2 ed.). Natal/RN: EDUFRN, 60 p. (Coleção Pedagógica; n. 3).
- AZEVEDO, George Dantas de.; BEZERRA, Mércia J. Duarte. *Avaliação da aprendizagem: uma estratégia inovadora na disciplina Anatomia Humana*. In: GOMES, Carmozi de Souza. (Org.). (2006). *Tecendo saberes e compartilhando experiências sobre avaliação*. Natal/RN: EDUFRN, 104 p. (Coleção Pedagógica; n. 8).

LAMPERT, Jadete Barbosa et al. (2009). Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. *Rev. bras. educ. med.* [online], vol.33, supl.1, pp. 19-34. ISSN 0100-5502.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. *Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias*. In: DESLANDES, Suely. (Org.). (2006). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 85-108.

ARAÚJO, Maria Dalva. *Flexibilização curricular na graduação: uma experiência de interação entre a universidade e a comunidade*. In: CABRAL NETO. (Org.). (2004). Flexibilização curricular: cenários e desafios. Natal/RN: EDUFRN, 122 p. (Coleção Pedagógica; n. 6).

LIBERALINO, Francisca Nazaré. *Atividades curriculares de extensão em comunidades: uma estratégia de flexibilização*. In: CABRAL NETO. (Org.). (2004). Flexibilização curricular: cenários e desafios. Natal/RN: EDUFRN, 122 p. (Coleção Pedagógica; n. 6).